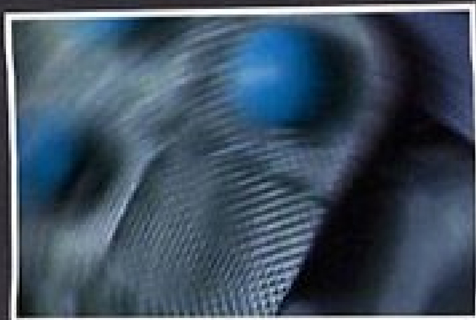
INTER-MEMO ECN
Fiches de synthèse illustrées

THERAPEUTIQUE

- ZEROS + MOTS CLES
- *GRILLES ECN «TYPES»*



tome 1

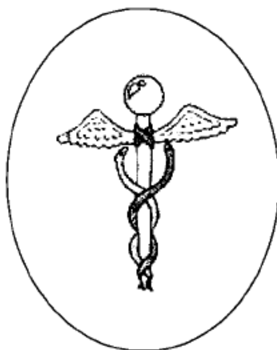
Collectif

VG

INTERNAT – MEMOIRE

Fiches de synthèse illustrées

Thérapeutique 1



COLLECTIF

Editions Vernazobres-Grego
99, bd de l'Hôpital - 75013 PARIS
Tél : 01 44 24 13 61

ISBN 2-84136-686-3

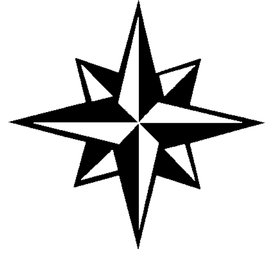
Les auteurs se dégagent de toute responsabilité,
le prescripteur est strictement responsable de ses actes.

MATIERES PAR VOLUME



VOLUME I	➢ MODULE IV - HANDICAP ➢ MODULE V - VIEILLISSEMENT ➢ MODULE VI – DOULEUR ET SOINS PALLIATIFS ➢ CARDIOLOGIE ➢ DERMATOLOGIE ➢ ENDOCRINOLOGIE ➢ GYNECOLOGIE ➢ HEMATOLOGIE ➢ HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE ➢ OPHTALMOLOGIE ➢ MALADIES INFECTIEUSES
VOLUME II	➢ MEDECINE LEGALE ➢ NEPHROLOGIE ➢ NEUROLOGIE ➢ ORL ➢ ORTHOPEDIE ➢ PEDIATRIE ➢ PNEUMOLOGIE ➢ PSYCHIATRIE ➢ RHUMATOLOGIE ➢ SANTE PUBLIQUE ➢ STOMATOLOGIE ➢ TOXICOLOGIE ➢ UROLOGIE

TABLES DES MATIERES



MODULE IV
HANDICAP



PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT HANDICAPE

Type de prise en charge : multidisciplinaire, coordonnée, adaptée à l'environnement, suivie, empêche une exclusion
Intervenants mis en jeu : médecin, kiné/orthophoniste, psychologue
CDAPH, MDPH (remplace l'ancienne COTOREP)

Type de prise en charge	1-**Multidisciplinaire** 2-**Coordonnée** 3-**Adaptée** à l'environnement 4-Avec un **suivi** régulier 5-Avec comme buts principaux : -Limiter un handicap majeur -**Empêcher une exclusion**
Moyens de prise en charge **Décision prise par la CDES**	**1-Structures sanitaires avec possibilité d'hébergement :** -**Hospitalier** -**Service de rééducation fonctionnelle** -**MECS** (= maisons d'enfants à caractères sanitaires) **2-Structures sanitaires sans possibilités d'hébergement :** -**CAMPS** (= centre d'action médico-social précoce) -**CMP** (= centre médico-pédagogique) -**CMPP** (= centre médico-psycho-pédagogique) **3-Structures médico-éducatives :** -**IME** (= institut médico-éducatif) -**IMP** (= institut médico-pédagogique) -**IEM** (= instituts d'éducation motrice) -**SESSAD** (=service d'éducation spéciale et de soins à domicile) **4-Structures éducatives pures :** -**CLIS** (= classe d'intégration scolaire) -**UPI** (= unités pédagogiques d'intégration) -**EREA** (= établissements régionaux d'enseignement adapté) -**SEGPA** (= section d'enseignement général et professionnel adapté) **5-Aide sociale et financière :** -**100%** -**AEEH** (= allocation d'éducation de l'enfant handicapé) -**AJPP** (= allocation journalière de présence parentale) **6-Puis à l'âge adulte :** -**CAT** (= centre d'aide pour le travail) -**IM-Pro** (= institut médico-professionnel) -**AAH** (= allocation adulte handicapé) -**Carte invalidité**
Intervenants mis en jeu	1-**Médecin** (pédiatre, psychiatre, neurologue) 2-Kinésithérapeute / **orthophoniste** 3-Puéricultrice / infirmière 4-**Psychologue** 5-Ergothérapeute / orthoptiste / psychomotricien 6-Enseignant / éducateur

PRISE EN CHARGE DE L'ADULTE HANDICAPE

CDAPH, MDPH (remplace l'ancienne COTOREP)
Emploi : AP, CDTD, CAT
Social et financier : carte d'invalidité (si CDAPH ≥ 80%), AAH, aide au logement
Hébergement : foyer d'hébergement

Emploi	1-Milieu ordinaire 2-**AP** (= atelier protégé) 3-**CDTD** (= centre de distribution de travail à domicile) 4-**CAT** (= centre d'aide pour le travail)
Social et financier	1- **Carte d'invalidité (si CDAPH ≥ 80%)** 2- **Macaron grand invalide civil** 3- **AAH (= allocation adulte handicapé)** 4- **Majoration pour vie autonome** **OU Complément de ressources** 5- **Prestation de compensation du handicap (PCH)** 6- **Aide au logement** : ▪ **ALS** (= aide au logement à caractère social) ▪ **APL** (= aide personnalisée au logement) ▪ **ALF** (= allocation logement à caractère familial). 7- **Affectation à l'assurance vieillesse systématique** (= passage direct à la « retraite au titre d'inaptitude »). 8- **Carte de priorité** pour personne handicapée
Hébergement	1-**Foyer d'hébergement** 2-Foyer de vie ou occupationnel 3-Maison d'accueil spécialisé

PREVENTION DES COMPLICATIONS DE L'ETAT GRABATAIRE

Cardiovasculaire : HBPM, bas de contention
Cutané : nursing : matelas spécifique, changement de position, pas de massage des points de compression
Pulmonaire : kinésithérapie
Digestive : prévention de la dénutrition
Douleur : antalgique OMS (paliers I à III) ; évaluation de la douleur (EVA)
Métabolique : régime hyper calorique et hyper protidique ; hydratation
Psychologique : soutien psychologique

Cardiovasculaire	1-Thromboses : -Mobiliser les membres **-HBPM** **-Bas de contention** 2-Hypotension orthostatique : -Eviter médicaments hypotenseurs -Réadaptation à l'orthostatisme (lever en plusieurs phases) -Bas de contention
Cutané	1-Bonne nutrition et bonne hydratation 2-**Nursing :** **-Matelas spécifique** **-Changement de position** **-Pas de massage des points de compression** 3-Bonne hygiène locale 4-Education du patient
Neurologique	-Mobilisation des membres
Pulmonaire	-**Kinésithérapie** -Vaccin anti-grippal -Eviter les antitussifs
Digestive	**-Prévention de la dénutrition** -Bonne hydratation -Bassin régulier et dépistage d'un fécalome ± laxatifs
Urinaire	-Traiter une infection urinaire si symptomatique -Traiter toute incontinence -Sonder tout globe
Locomoteur	-Mobilisation passive et active précoce -Mise au fauteuil -Bilan phospho-calcique
Douleur	**-Antalgique OMS (paliers I à III)** **-Evaluation de la douleur (EVA)**
Métabolique	**-Régime hyper calorique et hyper protidique** **-Hydratation** -Pas d'aliments anorexigènes
Psychologique	-Eliminer une cause organique **-Soutien psychologique** -Limiter les psychotropes

PRESCRIRE UNE KINESITHERAPIE

Forme de la prescription médicale
Contenu de la prescription médicale : urgent ; « Bilan et rééducation de... articulations, Dans le cadre de... pathologie actuelle » ; contre-indications

1-Forme de la prescription médicale

Médecin : nom, fonction, numéro de Siret, cachet, signature
Patient : nom, prénom
Lieu, date
+/- Ordonnance à 100%
+/- Entente préalable à la Sécurité Sociale (par le kiné)

2-Contenu de la prescription médicale

Caractère **urgent**
« Bilan et rééducation de... articulations en cause
Dans le cadre de... pathologie actuelle »
Le kiné fixe la durée et le nombre de séance
Lieu : domicile, centre, piscine
Buts (en respectant le secret médical)
Contre-indications
Social : 100%, accident du travail

***NB** : pour un bonus, récupérez les phrases clés dans le JO n°231 du 5 octobre 2000 page 15763 titre XIV*

PRESCRIRE UNE ORTHOPHONIE

Forme de la prescription médicale
Contenu de la prescription médicale : « Bilan orthophonique », « Avec rééducation si nécessaire » ; « Dans le cadre de... »

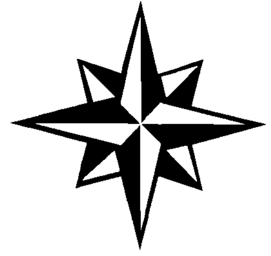
1-Forme de la prescription médicale

Médecin : nom, fonction, numéro de Siret, cachet, signature
Patient : nom, prénom
Lieu, date
+/- Ordonnance à 100%
+/- Entente préalable à la Sécurité Sociale (par l'orthophoniste)

2-Contenu de la prescription médicale

« Bilan orthophonique »
« Avec rééducation si nécessaire »
« Dans le cadre de... »

***NB** : pour un bonus, récupérez les phrases clés dans le JO n°231 du 5 octobre 2000 page 15763 titre XIV*



MODULE V VIEILLISSEMENT



TRAITEMENT HORMONAL SUBSTITUTIF

<u>Contre-indications</u> : antécédents de cancer du sein, cancer de l'endomètre, thrombo-emboliques
<u>Méthode de mise en place</u> : glycémie à jeun, cholestérol, triglycérides, mammo bilatérale et comparative, frottis cervico-vaginaux ; œstrogènes naturels associées à progestatifs ; surveillance

Contre-indications	1-Antécédents de **cancer du sein** 2-Antécédents de **cancer de l'endomètre** 3-Antécédents **thrombo-emboliques** 4-Insuffisance hépatocellulaire 5-Tumeur hypophysaire 6-Relative (LEAD, diabète, HTA, dyslipidémie)
Méthode de mise en place	1-Expliquer, informer et **proposer** 2-Après bilan pré-thérapeutique : -Clinique : complet, TA, gynéco -Paraclinique : **Glycémie à jeun** **Cholestérol, triglycérides** **Mammo bilatérale et comparative** **Frottis cervico-vaginaux** 3-**Œstrogènes naturels associées à progestatifs** (sauf si hytérectomie : œstrogènes seuls) 4-Schéma avec ou sans règles 5-**Surveillance** de la tolérance et de l'efficacité du traitement -Clinique : Surdosage = poids, nausées, règles, tension mam Sous-dosage = syndrome climatérique Examen complet, notamment gynéco -Paraclinique : Mammographie (/2 ans, jusqu'à 74 ans) FCV (/2 ans, jusqu'à 65 ans) Gly, cholest, trygly (à 3 mois puis à 6 mois)
Information du patient : (ANAES 11 mai 2004)	**1-Information objective** sur : -Médicament -Indications -Contre-indications -Effets indésirables -Durée limitée -Surveillance -Claire, précise, compréhensible -Rapport bénéfice/risque 2-Type : -Œstroprogestatif -Œstrogène si patiente hystérectomisée **3-Bénéfices :** -Efficace sur : Syndrome climatérique Fractures ostéoporotiques -Non efficace sur : Démence Troubles cognitifs **4-Risques :** -Cancer du sein -Thrombo-embolique -Pas de risque de cancer de l'endomètre (sauf si œstrogène seul) -Baisse le risque de cancer colo-rectal

COXARTHROSE

Economie articulaire ; kiné
AASL ; antalgiques
Chirurgie préventive à discuter; prothèse totale de hanche
Education de la patiente si PTH

1-Traitement physique

- Education de la patiente pour **économie articulaire :** repos, régime si surpoids, sport limité et non traumatique, béquillage avec canne du côté sain, adaptation du poste de travail
- **Kiné** douce : apprentissage du pas simulé, auto-rééducation, rééducation musculaire et proprioceptive, lutte contre le flessum
- Balnéothérapie

2-Traitement médicamenteux

- Traitement de fond : discuter des **AASL** (anti-arthrosique symptomatique d'action lente : type Chondrosulf®)
- Traitement des poussées congestives : **antalgiques,** AINS, infiltration de corticoïdes (ou injection d'acide hyaluronique), décharge

3-Traitement chirurgical

- **Chirurgie préventive** dans une dysplasie coxo-fémorale :
  - Insuffisance cotyloïdienne pure : butée cotyloïdienne
  - Coxa valga : ostéotomie de varisation
- Chirurgie curative :
  - Indice de Lequesne ≥ 12 : arthroplastie par **prothèse totale de hanche**

4-Education de la patiente si PTH

- Mesures spécifiques les deux premiers mois
- Economie prothétique permanente
- Complications : descellement, infection, luxation
- Prévention d'une luxation : pas de flexion + adduction + rotation interne
- Prévention d'une infection : traitement précoce de toute infection, pas d'IM homolatérale

5-Surveillance

- Clinique : douleurs, EVA, quantité d'antalgiques, **périmètre de marche,** indice algo-fonctionnel de **Lequesne,** poussées inflammatoires, reprise de l'**éducation** de la patiente
- Paraclinique : Rx de hanches bilatérales et comparatives

CATARACTE

Extraction extra-capsulaire par phakoémulsification ; correction de l'aphakie par un implant intra-oculaire de chambre postérieure

I-INDICATIONS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Baisse d'acuité visuelle significative avec retentissement fonctionnel
Surveillance rétinienne indispensable (diabète)

II-TRAITEMENT CHIRURGICAL

1-Mise en condition
Après bilan pré-opératoire
Après **éradication de tous les foyers infectieux**
Sous anesthésie locale

2-Chirurgie ophtalmologique
Incision cornéenne
Extraction extra-capsulaire par phakoémulsification
Correction de l'aphakie par un implant intra-oculaire de chambre postérieure
± Suture

3-Mesures associées
Coque oculaire protectrice transparente
Arrêt de travail d'une semaine (rarement étant donné l'âge de survenue !)

4-Surveillance clinique à J1, J5, J15

DENUTRITION CHEZ LE SUJET AGE

Traitement étiologique
Réalimentation orale progressive : protéines ; hautes valeurs énergétiques ; compléments nutritionnels ; plaisir
Soutien psychologique

1-Traitement étiologique (cancer, dépression)

2-Réalimentation orale progressive

Hyper calorique
Equilibré : 50% glucides, 30% lipides, 20% protides
Protéines : hautes valeurs énergétiques
Hydratation
Vitamines et minéraux
Compléments nutritionnels
Allier le **plaisir**

3-Soutien psychologique

4-Surveillance par médecin et diététicien

(fiche alimentaire, apports, **MNA, poids,** albumine et pré-albumine)

MNA = Mini Nutritional Assessement

DEMENCE

PRISE EN CHARGE GENERALE D'UNE DEMENCE
Kinésithérapie, orthophoniste, atelier mémoire
Prise en charge sociale et financière : privilégier le maintien à domicile ; protection des biens ; tutelle ou curatelle, prise en charge à 100%, aides financières (APA, APL)
TRAITEMENT SPECIFIQUE DE LA MALADIE D'ALZEIHMER
Anticholinestérasique : Aricept® (Donepezil) : doses progressives ; ralentit ; èchappement à long terme
Traitement antidépresseur si besoin

I-PRISE EN CHARGE GENERALE D'UNE DEMENCE

Prise en charge paramédicale	1-**Kinésithérapie :** -« Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien à domicile de la personne âgée » 2-**Orthophoniste :** -« Bilan avec rééducation si nécessaire dans le cadre du maintien et de l'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives cérébrales » 3-Ergothérapie 4-Psychologue 5-**Atelier mémoire** 6-IDE
Prise en charge sociale et financière	1-Habitat : **-Privilégier le maintien à domicile** -± Institution au stade terminal 2-Financier : **-Protection des biens : tutelle ou curatelle** **-Prise en charge à 100%** **-Aides financières (APA, APL)** 3-Soutien humain : -Famille -Aide ménagère 4-Précautions : attention au gaz, à la conduite...
Prise en charge de l'entourage	1-Soutien psychologique 2-Aide humaine à domicile 3-Centre de jour / séjour vacances

II-TRAITEMENT SPECIFIQUE DE LA MALADIE D'ALZEIHMER

1-Anticholinestérasique : Aricept® (Donepezil)

Doses **progressives** par paliers de 1 mois (5 puis 10 mg/j)
Prescrit par un neurologue, gériatre ou psychiatre
Avec information du malade et de la famille :
- Pas de traitement curatif
- **Ralentit** la progression de la maladie
- Possible échec
- **Echappement à long terme**
- Peu d'effets secondaires (nausées, douleurs rhinorrhées...)
- Vérifier l'ECG :risque de troubles de conduction

± Associer du Motilium®

2-Traitement antidépresseur si besoin

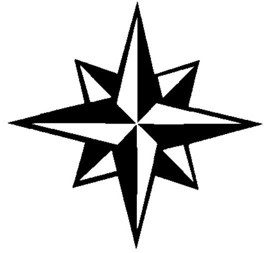
3-Surveillance par une consultation avec un spécialiste/an (MMS et poids)

PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE DU SUJET AGE

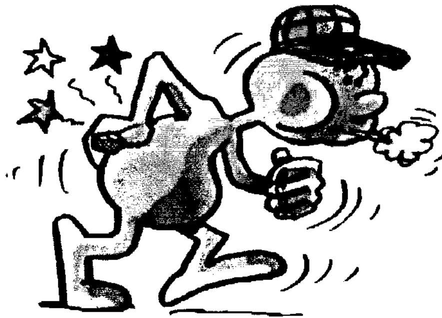
Aides humaines : aide à domicile, aide ménagère
Aides paramédicales
Aides matérielles : portage des repas à domicile, téléalarme ; PACT, ergothérapeute ; lit médicalisé, fauteuil roulant, déambulateur, cannes anglaises
Aides financières : aide personnalisée à l'autonomie ; aide au logement ; protection des biens

Aides humaines	1-**Aide à domicile** (ex. auxiliaire de vie) 2-Garde malade 3-**Aide ménagère :** -Demande : auprès du CCAS -Financée : patient, mutuelles, caisses de retraite complémentaire, caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, APA
Aides paramédicales	1-Kinésithérapeute 2-Orthophoniste 3-Infirmière diplômée d'état 4-Psychologue 5-Ergothérapeute
Aides matérielles	1-Services municipaux (par le CCAS) : **-Portage des repas à domicile** **-Téléalarme** 2-Aménagement de l'habitat (par la **PACT) :** **-Ergothérapeute** 3-Matériel spécifique (par la SS) : **-Lit médicalisé, fauteuil roulant** **-Déambulateur, cannes anglaises**
Aides financières	1-**Aide personnalisée à l'autonomie :** -Selon la grille AGGIR 2-**Aide au logement** type APL 3-**Protection des biens :** curatelle ou tutelle

CCAS : Centre Communal d'Action Sanitaire et sociale
PACT : Protection Amélioration Conservation
SS : Sécurité Sociale



MODULE VI DOULEUR / SOINS PALLIATIFS



ORDONNANCE MORPHINIQUE

Skénan LP® 30 mg
Actiskénan® 10 mg
Duphalac®
Motilium®
Ordonnance sécurisée, en toutes lettres

Nom du médecin
Fonction
N° de Siret

Lieu et date,

Nom et prénom du patient

1-Skénan LP® 30 mg :
Une gélule de trente milligrammes le matin et une le soir
Par voie orale
Pendant vingt-huit jours
Soit cinquante-six gélules

2-Actiskénan® 10 mg :
Si à coups douloureux
Une gélule de dix milligrammes toutes les six heures

3-Duphalac® :
Trois sachets par jour

4-Motilium® :
En cas de nausées
Un comprimé de 45 mg avant la prise de Skénan®

Signature
Cachet

4

Règles de sécurité :
Ordonnance **sécurisée,** nombre de médicaments en bas à droite
Ecrit **en toutes lettres**

RENUTRITION EN SOINS PALLIATIFS

Bilan de l'état buccal
Soins de bouche
Stimuler la prise alimentaire
Alimentation par voie orale : hyper calorique et hyper protidique, hydratation
Surveillance clinique et biologique (pré-albumine, albumine)

1-Bilan de l'état buccal
Bilan entrées et sorties
Capacité à la déglutition et à la mastication
Recherche de mycose

2-Soins de bouche

3-Stimuler la prise alimentaire
Après évaluation de l'appétence personnelle
Priorité plaisir et confort du patient
Soutien psychologique
Traitement de la douleur

4-Alimentation par voie orale
Nutrition **hyper calorique et hyper protidique**
Complément nutritionnel
Hydratation
Pas d'alimentation par voie invasive

5-Surveillance clinique et biologique (pré-albumine, albumine)

PRESCRIPTION MEDICALE DE SOINS PALLIATIFS

Nursing : matelas anti-escarre, mise au fauteuil précoce
Digestif : soins de bouche, hydratation (orale ± hypodermoclyse), alimentation équilibrée
Respiratoire si dyspnée : fibro-aspiration, kinésithérapie, Scopolamine®, corticoïde
Agitation : rassurer, anxiolytiques, Risperdal®
Psychologique : écoute et relation d'aide, patient et famille, suivi

Nursing	**-Matelas anti-escarre** **-Mise au fauteuil précoce** -Kinésithérapie -Soins d'une éventuelle escarre de façon non invasive (cf.) -Toilette journalière
Digestif	**-Soins de bouche :** -Nettoyer -Bicarbonate de sodium + Fungizone® -Xylocaïne® si douleur **-Hydratation (orale ± hypodermoclyse)** **-Alimentation équilibrée** -Si vomissements : Primpéran® -Si constipation : Duphalac®
Respiratoire si dyspnée	**-Fibro-aspiration** **-Kinésithérapie** **-Scopolamine®** **-Corticoïde** -Morphine -Anxiolytiques -Oxygénothérapie
Rétention aiguë d'urine	Sondage urinaire
Agitation	**Rassurer, anxiolytiques, Risperdal®**
Psychologique	**-Ecoute et relation d'aide** **-Patient et famille** -Evaluer la souffrance, les désirs, l'anxiété -Assurer le **suivi** -Dépister une dépression

PRESCRIPTION PARAMEDICALE DE SOINS PALLIATIFS EN AMBULATOIRE

Base de la prise en charge ambulatoire : HAD, réseau de soins palliatifs, médecin référent, multidisciplinaire, 100%
Avec ordonnances : infirmière diplômée d'état ; kinésithérapie ; matériel médicalisé ; psychologue ; aide à domicile

1-Base de la prise en charge ambulatoire

En hospitalisation à domicile **(HAD)**
Réseau de soins palliatifs
Avec un **médecin référent**
Multidisciplinaire (médico-socio-psychologique)
100%
Avec surveillance régulière

2-Avec ordonnances

Infirmière diplômée d'état	-Toilette -Administration des traitements -Alimentation par sonde -Soins d'escarre
Kinésithérapie	-Mobilisation passive et active -Entretien de la force musculaire -Lutte contre les rétractions tendineuses -Drainage thoracique selon encombrement
Matériel médicalisé	-Lit anti-escarre -Pieds à perfusion
Psychologue	-Ecoute et relation d'aide -Patient et famille -Evaluer la souffrance, les désirs, l'anxiété -Assurer le suivi -Dépister une dépression
Aide à domicile	-Plateau repas -Aide ménagère

EXPLIQUER UNE DECISION DE SOINS PALLIATIFS

Lieu : en consultation ou dans une chambre
Langage
Information délivrée : claire, loyale et appropriée, progressive, projet thérapeutique générateur d'espoir
Soutien psychologique
Revoir le patient quelques heures après

1-Lieu
En consultation ou dans une chambre

2-Langage
Simple et compréhensible

3-Information délivrée
Information **claire, loyale et appropriée**
De façon **progressive**
Projet thérapeutique générateur d'espoir
Etre très précis sur les événements immédiats

4-Soutien psychologique
Avec empathie
Ecouter et laisser exprimer ses émotions
Soutien patient et famille
Assurer le confort du patient

5-Revoir le **patient quelques heures après**

TUMEURS OSSEUSES ET SOINS PALLIATIFS

Traitement palliatif : multidisciplinaire et global ; famille et patient ; staff multidisciplinaire
Traitement antalgique (EVA)
Mesures physiques en fonction de la localisation : décharge, corset rigide, kinésithérapie

1-Traitement palliatif
Prise en charge **multidisciplinaire et globale**
Désir de la **famille et du patient**
Avec médecin, psychologue, kinésithérapeute
Staff multidisciplinaire

2-Traitement antalgique (évaluation de la douleur **= EVA)**
Antalgique : paliers OMS I, II, III
Co-analgésique : corticoïdes, AINS
Douleur neurologique : antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques

3-Traitement spécifique
Radiothérapie
Chimiothérapie
Hormonothérapie
Biphosphonates

4-Mesures physiques en fonction de la localisation
Décharge
Corset rigide
Kinésithérapie
Vertébroplastie

PREVENIR UN DEUIL PATHOLOGIQUE

Adulte : verbalisation et expression des émotions, psychothérapie de soutien
Enfant :
Expliquer clairement à l'enfant : qu'il n'est pas responsable, qu'il n'est pas en danger de mourir ; le faire participer activement, laisser s'exprimer l'enfant, éviter le sentiment de culpabilité

Adulte	-**Verbalisation et expression des émotions** -Ne pas tenter de consoler à tout prix -**Psychothérapie de soutien** -Association d'aide et groupe de parole -Rarement traitement antidépresseur
Enfant	-**Expliquer clairement à l'enfant :** **-Qu'il n'est pas responsable** **-Qu'il n'est pas en danger de mourir** -Qu'il doit continuer à s'occuper de lui -Qu'il doit continuer à aimer le décédé -Le comportement à adopter envers l'enfant est : **-Le faire participer activement** **-Laisser s'exprimer l'enfant** **-Eviter le sentiment de culpabilité** -Evaluer le changement de mode de vie -Surveiller l'apparition de complications

DOULEUR CHEZ L'ENFANT

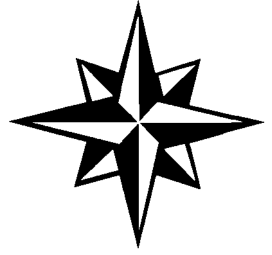
Type de douleur :
Nociceptive : paracétamol
Neuropathique
Gestes invasifs : EMLA®, protoxyde d'azote

Type de douleur	Propositions thérapeutiques
Nociceptive	-**Paracétamol** -Codéine -Morphinique
Neuropathique	-Composante continue : antidépresseurs tricycliques -Composante fulgurante : antiépileptiques
Gestes invasifs	-Crème **EMLA®** -Inhalation de **protoxyde d'azote** -Prise en charge gestuelle -Sirop Canadou® en maternité (anecdotique)

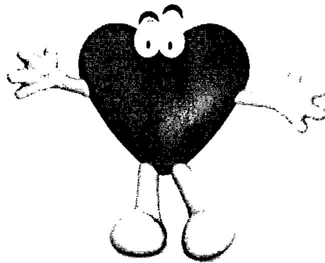
ANESTHESIE GENERALE

Médicaments : hypnotiques, morphiniques, curare
Etapes : induction, maintien, intubation-ventilation assistée

Médicaments	1-**Hypnotiques** (Nesdonal® : thiopental) -Perte de connaissance -Amnésie rétrograde 2-**Morphiniques** (Fentanyl® : fennyl) -Analgésie 3-**Curare** (Pavulon® : pancuronium) -Relâchement musculaire
Etapes	1-**Induction** 2-**Maintien** 3-**Intubation-ventilation assistée** 4-Surveillance : -Hémodynamique -Respiratoire -Profondeur de l'anesthésie



CARDIOLOGIE



THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE DES MEMBRES INFERIEURS

TRAITEMENT CURATIF PAR ANTICOAGULANTS : Lovénox® en SC, à dose curative par 2 injections/j de 100 U/kg + anti-vitamine K, dès J0, 3 mois
TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE : bas à varices
SURVEILLANCE: NFS, plaquettes, INR
Mesures préventives : mobilisation, lever précoce

I-MISE EN CONDITION
- Hospitalisation
- Repos au lit strict (2 j), jambes surélevées, avec arceaux
- Arrêt d'un facteur favorisant (OP)

II-TRAITEMENT CURATIF PAR ANTICOAGULANTS
- Héparine de bas poids moléculaire :
  - **Lovénox® en SC**
  - A dose **curative par 2 injections/j de 100 U/kg**
  - A arrêter quand équilibration des AVK
- ***Antivitamine K***
  - Relais précoce à commencer **dès J0**
  - INR à 48 h et 72 h après toute modification de dose
  - Avec pour but 2 < INR < 3
  - Durée de **3 mois**
  - Carnet et éducation du patient
- Interruption de la veine cave limitée à certaines indications
  - Echec sous traitement anticoagulant bien conduit
  - CI autre à l'héparine avec une thrombose proximale

III-TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE
- Antalgiques
- **Bas à varices** quand lever autorisé (après 2 j)

IV-SURVEILLANCE TOLERANCE ET EFFICACITE DU TRAITEMENT
- Clinique :
  - Circonférence du mollet
  - Local (douleur, chaleur, ballottement, Homans)
  - Général (signes d'embolie pulmonaire)
- Paraclinique :
  - **NFS, plaquettes**
  - **INR** à 48 h et 72 h après toute modification de doses
  - Puis INR/15 j puis /mois

Mesures préventives
- Contention élastique si facteur de risque
- **Mobilisation** des membres inférieurs et **lever précoce** si alité
- HBPM à doses préventives selon (Lovénox® : 1 SC de 0,4 mL)

EMBOLIE PULMONAIRE

EMBOLIE PULMONAIRE NON GRAVE
Anticoagulation : HBPM, anti-vitamine K dès J0
Bas à varice
Surveillance tolérance et efficacité du traitement
SI EMBOLIE PULMONAIRE GRAVE, AJOUTER
USI
Anticoagulation par HNF
Traitement d'un choc
Traitement d'une détresse respiratoire aiguë
Traitement spécifique si état de choc : si absence de CI à la thrombolyse = thrombolyse ; et si CI à la thrombolyse = embolectomie chirurgicale

I-EMBOLIE PULMONAIRE NON GRAVE

1-Mise en condition
- Urgence, hospitalisation en médecine
- Repos au lit strict jusqu'à 24 h d'anticoagulation efficace
- Oxygénothérapie adaptée à la saturation

2-Anticoagulation

HBPM
- Innohep® 175 U/kg/j en 1 SC

Antivitamine K
- Relais précoce à commencer **dès J0**
- INR à 48 h et 72 h après toute modification de dose
- Avec pour but 2 < INR < 3
- Durée de **6 mois**
- Carnet et éducation du patient

3-Bas à varice (lors du lever à J2), traitement étiologique (CI au OP)

4-Surveillance tolérance et efficacité du traitement
- Clinique : cste, cardio-pulmonaire, mollets, ECG
- Paraclinique : NFS, plq, TCA, INR, Rx de thorax, GDS, scinti V+P

II-SI EMBOLIE PULMONAIRE GRAVE, AJOUTER

1-Hospitalisation en USI

2-Anticoagulation par HNF 500 U/kg/j IVSE après bolus de 5 000 U (CI HBPM)

3-Traitement d'un choc (macromolécules, dobutamine)

4-Traitement d'une détresse respiratoire aiguë (O2 fort débit, IVA)

5-Traitement spécifique si état de choc

Absence de CI à la thrombolyse	**Thrombolyse** IV
CI à la thrombolyse	**Embolectomie chirurgicale** sous CEC Interruption de la VCI par filtre endocave (dans un 2ème temps)

NB : interruption de la VCI *par filtre endocave si :*
- *CI aux anticoagulants*
- *Récidive sous traitement bien conduit*
- *CPC post-embolique avec emboles répétitifs*

INFARCTUS DU MYOCARDE

PHASE AIGUE
USIC
Aspirine, HNF, β-bloquant
Revascularisation : angioplastie primaire, fibrinolyse
Angioplastie : Réopro® 24 h, coro, dilatation, stent, Plavix®
Surveillance : scope, TA, FC, TCA, enzymes
TRAITEMENT DE SORTIE
Règles hygiéno-diététiques (correction des FDR CV) : tabac
Ordonnance type : 100% : Kardegic®, Zocor®, Ténormine®, Triatec®, Plavix®, Natispray®
Rééducation
COMPLICATIONS DE L'IDM
Infarctus du VD
Insuffisance cardiaque gauche
Choc cardiogénique
Communication inter-ventriculaire
BAV III
Péricardite
Anévrysme ventriculaire
CI DE LA THROMBOLYSE :
Ulcère, chirurgie, HTA maligne, AVC, hémostase, 70 ans, péricardite, endocardite, DA, grossesse

I-PHASE AIGUE

1-Mise en condition

Urgence, hospitalisation en **USIC,** repos au lit
Oxygène, **scope** cardio-tensionnel, 1 vvp

2-Traitement médicamenteux

Aspirine	-250 mg
HNF	-500 UI/kg/j IVSE -pour 2 < TCA < 3
β-bloquant (Ténormine®)	-si FC > 60 -100 mg/j IVL (et relais per os) -si CI formelle : Pas de β-bloquant Inhibiteur calcique type Isoptine®
Trinitrine (Lénitral®)	-CI si IDM droit ou basal -si Pas > 100 mmHg -mg par mg IVSE à adapter à la TA (≥ 100 mmHg)
Anxiolytique (Tranxene®)	
Antalgiques	

3-Revascularistion en urgence

	Angioplastie primaire	**Fibrinolyse**
Indications	En 1ère intention si plateau technique disponible	1-Pas de plateau technique à - d'1 h 2-Pas de CI 3-IDM confirmé (clinique et ECG)
Mode	1-**Réopro® 24 h** (anti-GpIIbIIIa) 2-**Coro**narographie 3-**Dilatation** au ballonnet 4-Pose de **stent** 5-**Plavix®** 6-**Scinti myocardique d'effort à 6 m**	1-RtPA (Actilyse®) 2-Efficacité jugée sur la présence d'un sd de reperfusion : - cli : ↓ douleur (ou ↑ initiale) - ECG : ↓ sus-déc ST (ou ↑ initiale) RIVA, autres T du RV - bio : pic précoce de CPK 3-Scinti myocardique au Th à J7 : - de repos : viabilité ? - d'effort : ischémie ? 4-Coronarographie à but : - diagnostique - thérapeutique : revascularisation

4-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

Clinique : **scope**, TA (nitré), **FC** (β-bloquant), douleurs, diurèse

Paraclinique : **TCA** (HNF), NFS, plaquettes, ECG, **enzymes** cardiaques, Rx de thorax, écho cardiaque

II-TRAITEMENT DE SORTIE

1-Règles hygiéno-diététiques (correction des FDR CV)

Arrêt du **tabac**
Correction d'un surpoids
Equilibration TA
Equilibre glycémique
Dyslipidémie : régime
Statines systématiques en prévention secondaire

2-Ordonnace type : 100%

Médecin : nom, fonction — Date et lieu

Patient : nom, prénom

-**Kardegic® :** 160 mg/j
-**Zocor®** : 1 cp/j
-**Ténormine® :** 1 cp/j (100 mg/j)
-**Triatec® :** 1 cp/j si dysfonction VG
-**Plavix® :** 1 cp/j
-**Natispray® :** -2 bouffées sublinguales si douleur typique
-consulter au décours de la douleur

-En cas d'urgence, appeler le 15

Qsp 1 mois
Signature et cachet

3-Mesures associées
Arrêt de travail 1 mois
Prise en charge à 100%
Rééducation cardiaque à l'effort
Reclassement professionnel si besoin

4-Surveillance de l'efficacité du traitement et de la survenue de complications
RECHERCHE d'un risque **rythmique (à 2 sem) : holter ECG et PTV**
Contrôle des facteurs de risque
Echo cardiaque et ECG/6 m
Scinti myocardique d'effort à 6 m (recherche de resténose)

III-COMPLICATIONS DE L'IDM

Infarctus du VD		1-Arrêt de la trinitrine 2-Remplissage vasculaire 3-Dobutamine® 4-Traitement étiologique
Insuffisance cardiaque gauche		1-Arrêt des β-bloquants 2-Oxygénothérapie fort débit 3-Lasilix® et équilibration potassique 4-Trinitrine 5-Traitement étiologique
Choc cardiogénique		1-**Arrêt des β-bloquants** 2-**Dobu**tamine® 3-Ballon de **contre-pulsion** intra-aortique
Communication inter-ventriculaire		**Chirurgie cardiaque :** **-Patch en Dacron®** **-± Pontage aorto-coronarien**
BAV III	**IDM ant**	1-**Isoprénaline®** **2-SEES** 3-A distance ±PM
	IDM inf	**1-Atropine** 2-±SEES en attendant la régression
Péricardite		1-Repos au lit 2-Aspirine (3 g/j)
Anévrysme ventriculaire		1-Traitement médicamenteux : **-IEC** **-AVK** **-Anti-arthymique** 2-Traitement chirurgical si IVG, Tdu RV, ou embolie -Résection anévrysmale -± Pontage aorto-coronarien

IV-CI DE LA THROMBOLYSE

Rétinopathie diabétique
Ulcère gastro-duodénal
Chirurgie récente < 10 j
Ponction d'un vaisseau incompressible < 48 h
Allergie
HTA maligne ou non contrôlée
AVC < 3 mois
Trouble de l'**hémostase**
Age **> 70 ans**
Péricardite, endocardite, DA
Grossesse et post-partum

ANGOR STABLE

Règles hygiéno-diététiques
Ordonnance type : Kardegic®, Zocor®, Ténormine®, Natispray®
100%
Revascularisation en fonction du bilan

1-Règles hygiéno-diététiques (correction des FDR CV)
Arrêt du tabac
Correction d'un surpoids
Traitement HTA
Dyslipidémie : régime + statines
Equilibre glycémique
Exercice physique

2-Ordonnance type : 100%

Médecin : nom, fonction — Date et lieu

Patient : nom, prénom

-**Kardegic®** : 160 mg/j

-**Zocor®** : 1 cp/j

-**Ténormine®** : 1 cp/j (100 mg/j)

-**Natispray®** : -2 bouffées sublinguales si douleur typique
-consulter au décours de la douleur

-En cas d'urgence, appeler le 15

Qsp 1 mois
Signature et cachet

3-Revascularisation en fonction du bilan

4-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

VALVES CARDIAQUES

<u>PRISE EN CHARGE D'UN PORTEUR DE VALVES MECANIQUES</u>
Education : CI à l'IRM, carte, carnet AVK
Anticoagulation : AVK à vie
Infectieux : antibioprophylaxie, urgence si fièvre
INR
<u>ANTIBIOPROPHYLAXIE</u>
Soins dentaires ambulatoires : 1 h avant : 3 g per os
Soins dentaires avec AG : 1 h avant : 2 g IV ; 6 h après : 1 g per os
Chirurgie abdomino-pelvienne : 1 h avant : gentamicine 1, 1,5 mg/kg IV

I-PRISE EN CHARGE D'UN PORTEUR DE VALVES MECANIQUES

Education	1-**CI à L'IRM** (pas avec les nouvelles valves) 2-**Carte** de porteur de valves 3-**Carnet AVK** 4-Education sur les symptômes anormaux 5-Education sur l'endocardite
Anticoagulation	1-**AVK à vie** 2-Surveillance de l'INR 3-Pas de gestes traumatiques ni d'automédication 4-Consulter en cas d'hémorragie
Infectieux	1-**Antibioprophylaxie** (cf.) 2-Bilan stomato et ORL régulier 3-Consulter en **urgence si fièvre**
Surveillance	1-Clinique : -Fièvre, signes congestifs, hémorragie, déficit neuro -Auscultation cardiaque : B1, B2, souffle ? 2-Paraclinique : -/mois : **INR** -/an : Rx de thorax, ETT, bilan d'hémolyse, panoramique dentaire et Rx des sinus, NFS (hémolyse)

II-ANTIBIOPROPHYLAXIE

	1 h avant	6 h après
Soins dentaires ambulatoires	Amoxicilline **3 g per os**	0
Soins dentaires avec AG	Amoxicilline **2 g IV**	Amoxicilline **1 g per os**
Chirurgie abdomino-pelvienne	Amoxicilline 2 g IV **Gentamicine 1, 1,5 mg/kg IV**	Amoxicilline 1 g per os

***NB :** en cas d'allergie à l'amoxicilline :*
-PO : 1 g de pristinamycine
-IV : 1 g de vancomycine

FIBRILLATION AURICULAIRE

<u>Anticoagulation immédiate</u>
<u>Réduction de l'ACFA :</u>
Urgence si mal tolérée (choc)
Après 3 semaines d'anticoagulation si durée >48 h
Choc électrique externe : AG ou Cordarone®
<u>Traitement médicamenteux :</u>
Systématique : AVK, relais précoce dès J0
Avant un choc différé ou échec de la réduction (ACFA chronique) : digitalique
Succès de la réduction : si jeune = Flécaïne®, Sotalex® ; si âgé ou dysfonction VG = Cordarone®
<u>Traitement étiologique</u>

1-Mise en condition
Hospitalisation en cardiologie
Anticoagulation immédiate

2-Réduction de l'ACFA
Indications :

En **urgence**	**Mal tolérée (choc)**
Immédiate	1-Durée < 48 h sur cœur sain 2-Patient sous AVK
Différée **après 3 semaines d'anticoagulation** (Ou directe après ETO-)	1-**Durée > 48 h** 2-Cardiopathie sous-jacente

Type de réduction :

Choc électrique externe	1-Sous **AG,** perfusé, à jeun 2-Après **iono sg** (kaliémie) 3-**Arrêt de la digoxine 3 j avant** 4-Vérification ECG de la réduction 5-Si échec : augmenter l'énergie jusqu'à 300 J, si persistance sensibiliser par de la Cordarone®
Cordarone®	1-En l'absence de dysthyroïdie (ou autre CI) 2-Dose de charge de Cordarone® de 30 mg/kg/j

3-Traitement médicamenteux

Systématique	1-HNF : -Immédiatement -500 UI/kg/j en IVSE -Pour avoir 2 < TCA < 3 2-**AVK :** **-Relais précoce dès J0** -Pour avoir 2 < INR < 3 -Durée de 6 semaines -A vie si : ACFA chronique, paroxystique, > 65 ans, ou facteurs de risque (ATCD d'AVC, diabète, HTA, IVG)	
Avant un choc différé OU Echec de la réduction (ACFA chronique)	**Digitalique** (ralentir la FC)	
Succès de la réduction	**Jeune**	**Flécaïne®** ou **Sotalex®** (β-bloquant classe III)
	Agé **Dysfonction VG**	Cordarone®

4-Traitement étiologique

5-Surveillance tolérance et efficacité du traitement
(clinique, ECG, TCA, INR, NFS, plaquettes)

INSUFFISANCE CARDIAQUE

Règles hygiéno-diététiques : correction des FDR CV, régime sans sel
Traitement étiologique (angioplastie, chirurgie)
Traitement symptomatique médicamenteux : IEC + β-bloquant ± Aldactone® ; aspirine et satines ; autres
Prévention des facteurs favorisants
Surveillance

1-Règles hygiéno-diététiques

- **Correction des FDR CV**
- **Régime sans sel**
- Repos lors des poussées
- Activité physique

2-Traitement étiologique (angioplastie, chirurgie)

3-Traitement symptomatique médicamenteux

IEC + β-bloquant ± Aldactone®	Systématique Triade ayant démontré son efficacité (à distance d'1 poussée, surveiller K+)
Aspirine et statines	En fonction des FDR CV
Autres	-Furosémide si surcharge -Nitré si signes congestifs -Anticoagulation (si thrombus intra-VG, IC avec embolie systémique, ACFA chronique) -Traitement d'une ACFA

4-Prévention des facteurs favorisants

5-Surveillance à vie

ANEVRYSME DE L'AORTE ABDOMINALE

Contrôle de FDR CV : aspirine, statines, antihypertenseur si HTA
Traitement chirurgical selon :
Indications : > 5,5 cm, complications
Mode : mise à plat, prothèse en Dacron®, réimplantation des artères

1-Contrôle de FDR CV

Règles hygiéno-diététiques :
- Arrêt du tabac
- Régime hypocalorique (si surcharge pondérale)

Traitement médicamenteux :
- **Aspirine**
- **Statines** selon le taux de LDL
- **Antihypertenseur si HTA** (IEC, β-bloquants)
- Equilibration d'un diabète

2-Traitement chirurgical selon :

Indications	-Taille **> 5,5 cm** -**Complications** : compression, embolies, sd de pré-rupture -Augmentation de taille rapide
Mode	-Laparotomie médiane -**Mise à plat** de l'anévrysme -Greffe d'une **prothèse en Dacron®** -Fermeture du sac anévrysmal -**Réimplantation des artères** (mes inf, rénale)

3-Prévention du risque de rupture (traiter une toux ou une HTA)

4-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

Clinique : douleurs, masse abdo, complications
Paraclinique : écho-doppler et TDM de l'aorte abdominale

ENDOCARDITE BACTERIENNE

TRAITEMENT GENERAL
Antibiothérapie :
Double, bactéricide, synergique, parentérale IV
Contexte, germe, bi-antibiothérapie
6 sem
Amoxicilline, aminoside, C3G, vancomycine
Traitement de la porte d'entrée
Traitement d'éventuelles complications (cf.)
Surveillance: ECG, **pic sérique et concentration résiduelle des antibiotiques**, PBS, ETT, ETO

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

I-TRAITEMENT GENERAL

1-Mise en condition
Urgence, hospitalisation
Repos au lit, 1 vvp
Appel du chirurgien si indication chirurgicale

2-Antibiothérapie
Double, bactéricide, synergique, parentérale IV
En urgence après les prélèvements, sans attendre les résultats
Probabiliste secondairement adaptée à l'antibiogramme :

Contexte	Germe	Bi-antibiothérapie
-Dentaire, ORL -Sur prothèse > 3 m	Streptocoque	Amoxicilline (ou péni G) + aminoside
Toxicomane	Staph Méti-S	Peni M + aminoside
-Cutané nosocomial -Sur prothèse < 3 m	Staph Méti-R	Vancomycine + aminoside
Iatrogène	BGN	C3G + aminoside

Durée : **6 sem** dt 2 sem de bithérapie
Posologies :

Amoxicilline	200 mg/kg/j
Aminoside	3 mg/kg/j
C3G	3 g/kg/j
Vancomycine	30 mg/kg/j

3-Traitement de la porte d'entrée

4-Traitement d'éventuelles complications (cf.)

5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement
Clinique : constantes, cardio, emboles ?, **ECG**
Paraclinique : NFS, plaquettes, VS, CRP, urée, créat, **pic sérique et concentration résiduelle des antibiotiques, PBS, ETT, ETO**

II-TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

Emboles septiques OU Hémodynamique instable	1-Chirurgie cardiaque sous CEC 2-Remplacement valvulaire 3-Envoi en bactério
BAV 3 par abcès septal	1-USIC 2-**Isoprénaline** puis SEES 3-**Chirurgie cardiaque** sous CEC : Drainage de l'abcès **Remplacement valvulaire** Envoi en **bactério**

DISSECTION AORTIQUE

<u>Classes I et II de Bakey :</u>
Extrême urgence chirurgicale (Bentall) : remplacement aorte ascendante, valvulaire aortique si IA, réimplantation des coronaires
<u>Classe III de Bakey :</u>
Antihypertenseur, scan/6 m

Classes I et II De Bakey	1-Extraction fœtale si enceinte (annale 2003) 2-Antihypertenseur 3-**Extrême urgence chirurgicale (Bentall) :** -**Remplacement aorte ascendante** -Remplacement **valvulaire aortique si IA** -**Réimplantation des coronaires**
Classe III De Bakey	1-Hospitalisation et repos au lit 2-**Antihypertenseur** 3-Surveillance (**scan/6 m** à vie)

INSUFFISANCE VEINEUSE / VARICES

<u>Formes bénignes</u>
Médical : hygiéno-diététiques, contention élastique, veinotonique, crénothérapie
<u>Formes sévères</u>
Instrumental : sclérothérapie, (stripping), phlébectomie

1-Traitement médical ou instrumental

Formes bénignes = Médical	1-Règles **hygiéno-diététiques :** -Eviter la chaleur et la station debout prolongée -Correction d'un surpoids -Sport, marche, natation 2-**Contention élastique** 3-**Veinotonique,** en monothérapie, en cas de signes fonctionnels, pour une durée < 3 m (RMO) 4-**Crénothérapie**
Formes sévères = Instrumental	1-**Sclérothérapie** 2-Chirurgie conservatrice hémodynamique de l'IV en ambulatoire (CHIVA) 3-Eveinage **(: stripping)** 4-**Phlébectomie** ambulatoire

2-Surveillance clinique à vie (debout-couché, avec cartographie des varices)

TORSADE DE POINTES

1-Mise en condition, scope cardio-tensionnel

2-Arrêt des médicaments augmentant le QT

3-Correction d'un déficit en potassium

4-Isoprénaline ± SEES

5-Sulfate de magnésium IV

6-Traitement étiologique

ARRET CARDIO-CIRCULATOIRE

Secours non médicalisé :
Heure, 15 pour SAMU, Airway, breathing, circulation

Secours médicalisé :
Scope : asystolie : adré ; FV, TRV : CEE

Suite de la prise en charge :
2 vvp et macromolécules, intubation et ventilation assistée

Secours non médicalisé	-Noter l'**heure** -Appel **15 pour SAMU**	
	Airway	1-LVAS (enlever le dentier) 2-Tête en hyper extension (en décubitus dorsal) 3-Subluxation de la mandibule
	Breathing	Ventilation au bouche à bouche (avec nez obstrué)
	Circulation	Massage cardiaque externe sur un plan dur

Secours médicalisé : SCOPE	**Asystolie**	1 mg d'**adrénaline** IV (↑ mg par mg)
	FV, TRV	**CEE** à 200 J (si échec 200 J, puis 360 J)
	BAV III	1-Isoprénaline 2-SEES (NB : si BAV III sur IDM inf = Atropine)
	Bradycardie sinusale	1-Atropine 2-Isoprénaline 3-SEES

Suite de la prise en charge	**-2 vvp et macromolécules** **-Intubation et ventilation assistée** -Transfert médicalisé en urgence -Hôpital prévenu -Hypothermie thérapeutique

CARDIOMYOPATHIES

<u>Dilaté :</u>
Etiologique, hygiéno-diététiques, traitement symptomatique de l'IC, à discuter : PM pour resynchronisation bi-ventriculaire
<u>Hypertrophique :</u>
Arrêt des sports brutaux, prévention de l'endocardite

Dilaté	1-Traitement **étiologique** 2-Règles **hygiéno-diététiques :** -Régime sans sel -Correction des FDR CV 3-T**raitement symptomatique de l'IC :** -IEC -β-bloquants -Aldactone® (± Lasilix®) 4-Surveillance 5-Autres traitements à **discuter** : **-PM pour resynchronisation bi-ventriculaire** -Greffe cardiaque (inscription sur liste si pas de CI)
Hypertrophique	1-Education : -**Arrêt des sports brutaux** **-Prévention de l'endocardite** 2-Traitement médical : -β-bloquants -Inb calciques -± Pacemaker 3-Traitement chirurgical : -Embolisation ou alcoolisation septale -Myotomie 4-Défibrillateur implantable si TDR 5-Surveillance

PERICARDITE ET COMPLICATIONS

<u>TRAITEMENT DE LA PERICARDITE</u>
Idiopathique : repos, AT
Non idiopathique : étiologique

<u>TRAITEMENT DES COMPLICATIONS</u>
Tamponnade : drainage péricardique en urgence, macromolécules
Péricardite constrictive : chirurgie de décortication

I-TRAITEMENT DE LA PERICARDITE

Idiopathique	1-**Repos** au lit et **AT** de 10 j 2-**Aspirine** 3 g en 3 prises (± protecteur gastrique) 3-Antalgiques 4-Surveillance : douleur, VS, ECG, échographique (J10) 5-Arrêt d'un éventuel traitement anticoagulant	
Non idiopathique	Tuberculeuse	Quadri-thérapie antituberculeuse + corticoïdes
	Purulente	Antibiothérapie + drainage chirurgical
	M. de systèmes	Corticothérapie per os

II-TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

Tamponnade	1-Urgence, ne pas allonger, ne pas intuber, en USIC 2-**Drainage péricardique en urgence :** -Chirurgical (drainage et fenêtre péricardo-pleurale) -De sauvetage par voie xiphoïdienne sous contrôle échographique 3-Remplissage par **macromolécules** (± dobutamine) 4-Traitement étiologique, arrêt des anticoagulants 5-Surveillance
Péricardite constrictive	1-Traitement étiologique 2-Diurétique 3-**Chirurgie de décortication**

ARTERIOPATHIE OBLITERANTE DES MEMBRES INFERIEURS

Règles hygiéno-diététiques : FDR CV (tabac +++)
Traitement médicamenteux : arrêt des β-bloquants, antiagrégants, vasodilatateurs
Revascularisation selon les indications

1-Règles hygiéno-diététiques
Correction des **FDR CV (tabac +++)**
Marche régulière

2-Traitement médicamenteux
ARRET des β-bloquants
Antiagrégants plaquettaires
Vasodilatateurs (si signes fonctionnels : RMO)
Antalgiques

3-Revascularisation selon :

Indications	-Stade II b -Stade II avec localisation aorto-iliaque -Stade III -Stade IV	
Types de techniques **(en fonction de la localisation)**	**Angioplastie transluminale percutanée**	Sténose courte, unique, non calcifiée, avec bon lit d'aval
	Endartériectomie	Lésion courte proximale chez un sujet jeune
	Pontage artériel chirurgical	Non indication des autres techniques

4-Surveillance de l'efficacité du traitement
Clinique : douleurs, périmètre de marche, pouls périphériques
Paraclinique : écho-doppler artériel des MI (/an)

ISCHEMIE AIGUE DES MEMBRES INFERIEURS

Mise en condition : oxygène, hydro-électrolytiques (K+, H+)
Traitement symptomatique : Anticoagulation à doses curatives, vasodilatateurs IV, aponévrotomie de décharge si rhabdomyolyse
Revascularisation en urgence

1-Mise en condition
Hospitalisation en USI
Scope cardio-tensionnel, 1vvp, dynamap
Oxygène
Hyperhydratation et correction des troubles **hydro-électrolytiques (K+, H+)**

2-Traitement symptomatique
HNF à doses curatives
Vasodilatateurs IV
Antalgiques
Aponévrotomie de décharge si rhabdomyolyse

3-Revascularisation en urgence

Artères saines	1-Embolectomie à la sonde de Fogarty 2-Thrombo-aspiration percutanée
Artères pathologiques	1-Radiologie vasculaire interventionnelle -Fibrinolyse in situ (si vu tardivement) -Thrombo-aspiration -Angioplastie transluminale 2-Chirurgie si échec -Désobstruction et pontage -Amputation en dernier recours

4-Surveillance tolérance et efficacité du traitement
Clinique : cst et diurèse, douleurs, palpation des pouls + neuro + cutané
Paraclinique : urée, créat, iono sang, artério de contrôle puis **écho-doppler artériel**

HTA ESSENTIELLE / CRISE HYPERTENSIVE / HTA MALIGNE

HTA essentielle : régime pauvre en sel, FDR CV, médicamenteux
Crise hypertensive : repos au calme, Loxen LP®, per os
HTA maligne : Loxen®, IVSE, dérivés nitrés, surveillance rapprochée, traitement étiologique

HTA essentielle	1-Règles hygiéno-diététiques : -Arrêt du tabac -**Régime pauvre en sel** -Correction des **FDR CV** -Activité physique 2-Traitement **médicamenteux** : -Indications : D'emblée si risque sévère Après 1-3 M de RHD si risque modéré Après 3-6 M de RHD si risque faible -Débuter en **monothérapie** (si échec bithérapie) -Type de médicaments : Vieux : ICa ou thiazidique Jeune : IEC Enceinte : antihypertenseurs centraux Diabétique : IEC Coronaropathie : β-bloquants ou ICa Insuf cardiaque : IEC, Aldactone® 3-**Surveillance :** -Auto-mesure tensionnelle -Clinique : TA debout/couché, pouls, cardiovasculaire -Paraclinique : bilan OMS, écho cœur
Crise hypertensive	1-Mise en condition : -**Repos au calme** -Allongé dans l'obscurité -Pas d'hospitalisation si traitement efficace 2-Antihypertenseur : -**Loxen LP®** (inb calcique) -**Per os** 3-Surveillance de la **TA** à 1 heure 4-Traitement étiologique et prévention des facteurs décompensants en ambulatoire
HTA maligne	1-Mise en condition : -Urgence médicale -Hospitalisation en USI -Repos au lit, 1/2 assis -Scope cardiotensionnel, 1 vvp -Régime désodé 2-Antihypertenseur en urgence : -**Loxen®** (inb calcique) -**IVSE** -**Dérivés nitrés** 3-**Surveillance rapprochée** 4-**Traitement étiologique** et prévention des facteurs décompensants au décours

Stratification de risque cardiovasculaire

	PA 140-159/90-99	**PA 160-179/100-109**	**PA ≥ 180/110**
0 FDR associé	*Risque faible*	*Risque moyen*	*Risque élevé*
1 à 2 FDR associés	*Risque moyen*	*Risque moyen*	*Risque élevé*
≥ 3 FDR associés et/ou AOC et/ou diabète Maladie cardiovasculaire et/ou rénale	*Risque élevé*	*Risque élevé*	*Risque élevé*

TRAITEMENT D'UNE HTA SECONDAIRE

<u>Adénome de Conn :</u>
Equilibration de la TA par Aldactone®, couverture d'hydrocortisone (+++), surrénalectomie unilatérale, anatomopathologie
<u>Phéochromocytome :</u>
Equilibration par □ +β-bloquants, réhydratation, clampage exérèse, anatomopathologie, NEM
<u>HTA médicamenteuse :</u>
Arrêt

Adénome de Conn	1-Mesures pré-chirurgicales : -**Equilibration de la TA par Aldactone®** **-Couverture d'hydrocortisone (+++)** 2-Traitement chirurgical : -**Surrénalectomie unilatérale** **-Anatomopathologie** 3-Surveillance : -Test au Synacthène® immédiat -Dépistage d'une insuf. surrénale secondaire
Phéochromocytome	1-Mesures pré-chirurgicales : **-Equilibration par □ +β-bloquants** (Trandate®) **-Réhydratation** 2-Traitement chirurgical : -**Clampage** des vaisseaux surrénaliens -Limiter les manipulations -**Exérèse** chirurgicale -**Anatomopathologie** -Prévenir l'anesthésiste 3-Surveillance 4-Dépistage d'une **NEM**
HTA rénovasculaire	Cf. néphro
HTA médicamenteuse	-**Arrêt** d'un médicament : OP, AINS, vasoconstricteur -Adaptation d'un traitement par corticoïdes -Arrêt du réglisse

IA / RA / IM

Antibioprophylaxie
Traitement médical
Traitement chirurgical :chirurgie cardiaque, CEC, remplacement valvulaire

NB : IA sur ***maladie annulo-ectasiante :*** *opération de* ***Bentall***

		IA	**RA**	**IM**
Traitement médical		1-Traitement des foyers infectieux et **antibioprophylaxie** 2-Régime pauvre en sel 3-Selon la clinique : IEC, diurétiques 4-Surveillance clinique et échographique		
Traitement médical			CI aux efforts violents	Anticoagulants si ACFA
Traitement chirurgical	**Indications**	-IA aiguë -Symptômes -FEVG < **50%** -DTS > 55 mm -DTD > 70 mm	-Symptômes -Ø < **1 cm^2** ou 0,6 cm^2/m^2 -grad moy > 40 mmHg -grad max > 90	-IM aiguë -Symptômes -IM importante -FEVG < 60% -DTS > 45 mm -FA ou HTAP
Traitement chirurgical	**Type**	-**Chirurgie cardiaque** -Sous **CEC** -**Remplacement valvulaire** -Type de prothèse : Bio-prothèse : > 75 a ou CI aux AVK ou femme jeune Valve mécanique < 75 a -Pontage aorto-coronarien (selon)		-**Plastie mitrale** -Si échec : remplacement valvulaire
Prise en charge d'un porteur de valves		Cf.		

Prothèse aortique
Remplacement valvulaire aortique
Réimplantation des coronaires

ANTICOAGULANTS

<u>HNF/HBPM :</u>
Thrombopénie grave , endocardite, péricardite, DA
Thrombopénie induite à l'héparine
<u>AVK :</u>
Grossesse/allaitement ; IR et IHC sévère
<u>Relais :</u>
INR ; arrêt de l'HNF après 2 INR efficace

	HNF/HBPM		AVK
CI	-Trouble de l'hémostase -Lésion hémorragique -Chirurgie récente, TC, AVC hémorragique -UGD évolutif -HTA non contrôlée		
	-Allergie/**thrombopénie grave** -**Endocardite, péricardite, DA** -IR sévère pour les HBPM		-**Grossesse/allaitement** -**IR et IHC sévère** -Association avec AINS, salicylés et miconazole à fortes doses -Allergie
Effets secondaires	-**Thrombopénie induite à l'héparine** -Hémorragie -Ostéoporose -Manifestation d'hypersensibilité		-Hémorragie -Rash, hépatite
Prescription	**HNF (IVSE)**	**HBPM (SC)**	1-En l'absence de CI 2-**Relais** HNF/AVK précoce **dès J0** en commençant par **Préviscan® à 3/4 cp** 3-**INR** à 72 h 4-Modifier les doses de 1/4 de cp avec un INR 48 h après 5-**Arrêt de l'HNF après 2 INR efficaces** 6-Carte 7-Education : CI aux IM et extraction dentaire
	-Curatif : héparine **Bolus de 5 000 ui** **500 ui/kg/j**	-Curatif : Lovénox® **2 inj de 100 u/kg** -Préventif à haut risque : Lovénox® **1 inj de à 0,4 mL** -Préventif à faible risque : Lovénox® **1 inj de à 0,2 mL**	
Surveillance	-**TCA** systématique -6 h après modif de poso puis /j -But : 2 <TCA < 3	Anti-Xa seulement si surcharge pondérale ou IR	**INR** systématique -1/sem le premier mois -Puis 1/m -But : 2 < INR < 3 -Sauf pour valves mécaniques mitrales, but : 3 < INR < 4,5
	NFS et plaquettes -2/sem les 3 premières semaines -Puis 1/sem		

(P : poids en dizaine de kg)

INTOXICATION A LA DIGOXINE

Traitement étiologique : arrêt de tout traitement digitalique
Epuration du toxique : lavage gastrique ; charbon activé ; Digidot®
Traitement d'une complication cardiaque

1-Mise en condition
Urgence médicale
Hospitalisation en USI
Rééquilibration hydro-électrolytique
Avec **correction d'une hypokaliémie** et hypercalcémie

2-Traitement étiologique
Arrêt de tout traitement digitalique
Arrêt de tout traitement hypokaliémiant

3-Epuration du toxique
Lavage gastrique (état stable avec intox < 2 h)
Charbon activé en fin de lavage
Digidot® (Ac anti-digitaliques) si intoxication massive > 10 mg

4-Traitement d'une complication cardiaque
BAV complet : SEES
Bradycardie : atropine
Trouble du rythme auriculaire : β-bloquants
Trouble du rythme ventriculaire : Xylocaïne®

5-Surveillance clinique et paraclinique de l'efficacité du traitement
Clinique : conscience, réactivité, cardiaque, respiratoire
Paraclinique : iono, BHC, glycémie

LES POINTS CLES DE LA THERAPEUTIQUE CARDIOLOGIQUE

β-bloquants
Contre-indications : IC non contrôlée ; bradycardie < 50/min ; BAV II ou III (non appareillé) ; BPCO, asthme ; Raynaud, Prinzmetal ; AOMI (troubles trophiques)
IEC
Contre-indications : hyperkaliémie ; SAR bilatérale ; grossesse et allaitement ; allergie
Effets secondaires : hypotension orthostatique ; hyperkaliémie ; IR ; toux ; cutané ; œdème angioneurotique héréditaire
Pour l'ENC, quel anticalcique choisir si CI aux β-bloquants ?
Bradycardisant : Tildiem® et Isoptine®
Non bradycardisant : dihydropyridine

I-β-BLOQUANTS ET IEC

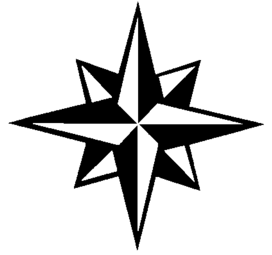
	Contre-indications	Effets secondaires
β-bloquants	**-IC non contrôlée -Bradycardie < 50/min -BAV II ou III (non appareillé) -BPCO, asthme -Raynaud, Prinzmetal -AOMI (troubles trophiques)**	-Bradycardie, BAV -Hypotension, IVG -Broncho-constriction -Raynaud -Hypoglycémie
IEC	**-Hyperkaliémie -SAR bilatérale -Grossesse et allaitement -Allergie**	**-Hypotension orthostatique -Hyperkaliémie -IR -Toux -Cutané -Œdème angioneurotique héréditaire**

II-POUR L'ENC, QUEL ANTICALCIQUE CHOISIR SI CI AUX β-BLOQUANTS ?

Choix en fonction de la FC :

Anticalcique **bradycardisant : Tildiem® et Isoptine®**
Anticalcique **non bradycardisant : dihydropyridine**

(Exemple : IDM + BAV III : anticalcique non bradycardisant)



DERMATOLOGIE



DERMATITE ATOPIQUE

<u>TRAITEMENT :</u>
Cold cream®, dermocorticoïdes lors des poussées, décroissance progressive ; antihistaminique ; impétiginisation ; ongles ras ; éviter le contact avec un herpétique
<u>ORDONNANCE :</u>
Règles d'une ordonnance ; Locapred® crème (DC classe 2) : progressivement dégressive ; Cold cream® (hydratation cutanée) ; Polaramine® sirop (antihistaminique)
<u>ECHEC DU TRAITEMENT :</u>
Observance, durée, arrêt brutal, facteur aggravant

Traitement	1-Local : -Crème hydratante **(Cold cream®)** contre la xérose -**Dermocorticoïdes lors des poussées :** Classe II ou III selon la localisation **Décroissance progressive** Comptabilisation totale des doses reçues 2-Général : -**Antihistaminique** sédatif (Polaramine®) contre le prurit -Pas de vaccin lors des poussées 3-Traiter une éventuelle **impétiginisation :** -Local : Fucidine® crème -Général : Pyostacine® per os 4-Education parentale : -Couper les **ongles ras** pour prévenir l'impétiginisation -**Eviter le contact avec un herpétique** (Kaposi-Jiliusberg) -Soutien psychoaffectif -Mesures contre l'atopie 5-Surveillance clinique du traitement
Ordonnance	1-**Règles d'une ordonnance :** -Enfant : nom, prénom, âge, poids -Médecin : nom, adresse, n° de siret -Date, signature 2-**Locapred® crème (DC classe 2) :** -Appliquer sur les lésions le soir -Posologie **progressivement dégressive :** 1 ap/j 1 sem 1 ap/2 j 1 sem 1 ap/3 j 1sem Puis arrêt -En cure courte -Comptabilisation totale des doses reçues 2-**Cold cream® (hydratation cutanée)** : -1 ap/j sur tout le corps 3-**Polaramine® sirop (antihistaminique)**
Echec du traitement	-Mauvaise **observance** -**Durée** insuffisante -Doses insuffisantes -**Arrêt brutal** du traitement -Absence de soins associés (hydratation) -Résistance au traitement -PERSISTANCE d'un **facteur aggravant**

CONSEILS SUR UN TERRAIN ATOPIQUE

Chez l'enfant : toilette ; coton ; ne pas trop chauffer ; acariens ; poussière ; alimentation
Pour une nouvelle grossesse : allaitement maternel : HA® ; diversification alimentaire : à retarder, précautions

Chez l'enfant	1-**Toilette :** -Bain pas trop chaud -Savon de Marseille 2-Habillement : -Eviter la laine -Préférer le **coton** -Pas d'assouplissant 3-Environnement de la chambre : -**Ne pas trop chauffer** -Humidifier l'atmosphère 4-Eviction des allergènes : -**Acariens :** matelas, moquette, nettoyage à haute T° -**Poussière** : nettoyer, ventiler -Poils et plumes : éviter les animaux domestiques -Pollen 5-**Alimentation :** -Retarder la diversification alimentaire -Eviter les aliments allergènes
Pour une nouvelle grossesse	1-**Allaitement :** -Allaitement **maternel** -Lait hypoallergénique (Nidal **HA®**) 2-**Diversification alimentaire :** -**Retarder** à 6 mois -**Précautions** avec les aliments allergènes (lait, œuf, poissons, crustacés, soja, arachides, fruits exotiques)

ECZEMA DE CONTACT

Traitement étiologique : éviction de l'allergène !!!
Traitement local : dermocorticoïdes
Traiter une éventuelle impétiginisation
Mesures socioprofessionnelles : maladie professionnelle

1-Traitement étiologique
- **Eviction de l'allergène !!!**

2-Traitement local
- Antiseptique (Biseptine®)
- **Dermocorticoïdes**
  - Classe II ou III selon la localisation
  - Décroissance progressive
  - Comptabilisation totale des doses reçues

3-Traiter une éventuelle impétiginisation
- Local : Fucidine® crème
- Général : Pyostacine® per os

4-Mesures socioprofessionnelles
- **Maladie professionnelle**
- Reclassement socioprofessionnel

5-Survaillance clinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement

URTICAIRE / ŒDEME DE QUINCKE / CHOC ANAPHYLACTIQUE

Urticaire : antihistaminique per os, 10 j ; traitement étiologique
Œdème de Quincke : urgence, 1/2 assis, adrénaline SC ; antihistaminique, corticoïdes, intubation ; traitement étiologique
Choc anaphylactique : PLS, LVAS, adrénaline, sérum phy., SAMU ; réanimation, O2, adrénaline IV ; traitement étiologique

Urticaire	1-Antihistaminique : -**Cetirizine per os** **-10 j** 2-Traitement **étiologique**
Œdème de Quincke	1-Pré-hospitalier : -**Urgence** médicale **-1/2 assis** -**Adrénaline SC** -Appel du **SAMU**/transport médicalisé 2-A l'hôpital : -Mise en condition -Adrénaline aérosol ou IM si besoin -**Antihistaminique** IV -**Corticoïdes** PO ou IV -**Intubation** ventilation si nécessaire 3-Traitement **étiologique**
Choc anaphylactique	1-Pré-hospitalier : -Urgence médicale -**PLS, LVAS** -**Adrénaline** SC -**Sérum phy.** (macromolécules allergisantes) -Appel du **SAMU**/transport médicalisé 2-A l'hôpital : -En **réanimation,** mise en condition, **O2** nasal -**Adrénaline** IV -Sérum phy. 500 cc/30 min -Antihistaminique IV -Corticoïdes IV -Intubation ventilation si nécessaire 3-Traitement **étiologique**

PSORIASIS

<u>INDICATIONS</u>
Cutané < 30% : kératolytiques, dermocorticoïdes
Cutané > 30% : PUVAthérapie
Erythrodermie, pustuleux généralisé
Rhumatismal
<u>TYPE DE TRAITEMENT</u>
PUVAthérapie :
- Bilan pré-traitement : β-Hcg
- Contre-indications : grossesse, âge < 12 ans
- Effets secondaires : digestif, mélanome
- Mise en place : information ; Psoralène® ; lunettes ; UVAthérapie

Acitrétine :
- Bilan pré-traitement : β-Hcg, lipidique
- Contre-indications : grossesse, cyclines
- Effets secondaires : tératogène, hépatite cytolytique
- Mise en place : contraception ; 1 mois avant ; 2 ans après

Méthotraxte® :
- Bilan pré-traitement : β-Hcg, NFS
- Contre-indications : grossesse
- Effets secondaires : tératogène
- Mise en place : contraception

I-INDICATIONS

Cutané < 30%	1-**Kératolytiques** 2-**Dermocorticoïdes** (ou dérivé de la vit. D3)
Cutané > 30%	-**PUVAthérapie** ou acitrétine -Si échec : Méthotrexate®
Erythrodermie Pustuleux généralisé	1-Urgence, hospitalisation 2-Soins locaux et dermocorticoïdes 3-Par voie générale : -Acitrétine -Si échec : Méthotrexate®
Rhumatismal	1-Symptomatique : -AINS -Antalgiques 2-Etiologique : -Salazopirine® -Si échec : Méthotrexate®

II-TYPE DE TRAITEMENT

	PUVAthérapie	Acitrétine	Méthotraxte®
Bilan pré-traitement	1-Examen ophtalmo 2-Examen cutané 3-**β-Hcg** 4-Urée, créat 5-BHC	1-**β-Hcg** 2-Urée, créat 3-BHC 4-Bilan **lipidique**	1-**β-Hcg** 2-Urée, créat 3-BHC 4-**NFS**
Contre-Indications	1-**Grossesse** 2-IHC, IR 3-**Age < 12 ans** 4-Maladie ou médicaments photosensibilisants 5-Cataracte 6-Erythodermie 7-**P** pustuleux généralisé	1-**Grossesse** 2-IHC, IR 3-Hyper vitaminose A 4-Association aux **cyclines**	1-**Grossesse** 2-IHC, IR
Effets secondaires	1-**Digestif** 2-Cataracte 3-Brûlure 4-Prurit 5-**Mélanome**	1-**Tératogène** 2-**Hépatite cytolytique** 3-Cut-muqueux 4-Hyper lipidémie 5-Ostéo-ligamentaire 6-HTIC si association avec les cyclines	1-**Tératogène** 2-Hépatite cholestatique 3-Pneumopathie 4-Leucopénie
Mise en place	1-Après bilan, en l'absence de CI, avec surveillance des effets secondaires 2-**Information** du patient 3-**Psoralène®** : -Per os -2 h avant la séance 4-**Lunettes** photoprotectrices 5-**UVAthérapie** : -Attaque (3/sem) -Entretien (1/sem) 6-Emoliant après chaque séance	1-Après bilan, en l'absence de CI, avec surveillance des effets secondaires 2-Information du patient 3-**Contraception** **-1 mois avant** **-2 ans après** 4-Soriatane®	1-Après bilan, en l'absence de CI, avec surveillance des effets secondaires 2-Information du patient 3-**Contraception** 4-Méthotrexate®

ULCERES DE JAMBE

Ulcère veineux : SAT, VAT ; désinfection, détersion, bourgeonnement, épithélialisation ; contention, régime, varices
Ulcère artériel : SAT, VAT ; désinfection, détersion, bourgeonnement, épithélialisation ; FDR, aspirine, revascularisation
Angiodermite nécrosante : SAT, VAT ; désinfection, détersion, bourgeonnement, épithélialisation ; HTA, diabète

		Ulcère veineux	**Ulcère artériel**	**Angiodermite nécrosante**
1	Traitement général	1-**SAT, VAT** 2-HBPM préventif 3-Antalgiques 4-Kinésithérapie 5-Antibiothérapie si surinfection		
2	Traitement local	1-**Désinfection** 2-**Détersion** (mécanique ou chimique) 3-**Bourgeonnement** (pansements hydrocolloïdes) 4-**Epithélialisation** 5-Greffe cutanée (si échec)		
3	Traitement étiologique	1-**Contention** élastique 2-**Régime** 3-Jambes surélevées 4-Chirurgie si **varices**	1-**FDR** cardio-vasc 2-**Aspirine** 3-Vasodilatateurs artériels 4-**Revascularisation**	1-**HTA** 2-**Diabète** 3-Aspirine 4-Greffe cutanée en pastille
4	Surveillance	Clinique de l'efficacité du traitement		

CANCER BASO ET SPINOCELLULAIRE

Traitement chirurgical curatif
Traitement préventif des récidives : photo-protection ; facteurs déclenchants ; traitement des lésions précancéreuses
Surveillance vie

1-Traitement chirurgical curatif
- Exérèse chirurgicale de la totalité de la lésion
- Extemporané et anapath définitive
- Marge carcinologique de sécurité (spino : 0,05 cm et baso : 1 cm)
- Spino avec gg envahis : curage gg et Rxthérapie externe
- Spino avec métastases : radio-chimiothérapie

2-Traitement préventif des récidives
- **Photo-protection** (exposition, vêtements, écran total)
- Arrêt des **facteurs déclenchants** (arsenic)
- **Traitement des lésions précancéreuses** (cryothérapie)

3-Education du patient
- Capital soleil
- Photo-protection
- Auto-surveillance

4-Surveillance clinique à vie

MELANOME : SEQUENCE THERAPEUTIQUE

Traitement chirurgical curatif : exérèse ; Breslow
Education du patient : photo-protection
Surveillance à vie

1-Traitement chirurgical curatif
- **Exérèse** totale
- Anapath
- **Breslow** (pronostic, marge de reprise chirurgicale)

2-Bilan d'extension
- Clinique
- Paraclinique : Rx de thorax, écho hépatique, BHC

3-Reprise chirurgicale
- Jusqu'à l'aponévrose
- Marges fct° Breslow :
  - < 1 mm → 1 cm
  - 1-2 mm → 2 cm
  - > 2 mm → 3 cm
- Curage gg si envahissement gg

4-Education du patient
- Capital soleil
- **Photo-protection**
- Auto-surveillance

5-Surveillance clinique ± paraclinique à vie
- Auto-surveillance
- Clinique, photos
- Paraclinique : Rx de thorax, écho hépatique, BHC

ECTOPARASITOSE CUTANEE : GALE ET PEDICULOSE

GALE :
Ascabiol® lotion ou Stromectol® ; désinfection des vêtements ; traitement si impétiginisation ; Traitement de l'entourage
PEDICULOSE :
Prioderm® ; Pyreflor® ; désinfection des vêtements ; traitement si impétiginisation ; Traitement de l'entourage ; pas d'éviction scolaire

		Gale	Pédiculose
1	Traitement spécifique	**-Ascabiol® lotion** -Sur tout le corps -J1 et J2 : nettoyage, ne pas sécher, badigeonnage -J3 : nettoyage Ou **-Stromectol® :** 1 prise	Cuir chevelu : -**Prioderm®** lotion -1 application de 12 h -Shampooing non traitant -Peigner au peigne fin Pubienne et corporelle : -**Pyreflor®** lotion -1 application de 12 h -Renouveler à J8 -Raser les poils selon
2	Désinfection des **vêtements**	-Lavage > 60°, repassage -Poudre à base de Lyndane (dans un sac plastique)	
3	Traitement si **impétiginisation**	-Désinfection cutanée -Antibiotique local : Fucidine® -Antibiotique général : Pyostacine®	
4	Mesures associées	-Pas d'éviction scolaire	-**Pas d'éviction scolaire** -Prévenir l'école -Dépistage familial
5	**Traitement de l'entourage**	Systématique	Si dépistage positif
6	Surveillance	Clinique de l'efficacité du traitement	

Gale : 5 causes de persistance du prurit après 1 sem de traitement

1-Traitement mal réalisé
2-Résistance au traitement
3-Réinfestation par l'entourage
4-Eczéma de contact au produit
5-Prurit psychogène (parasitophobie)

HERPES ORO-GENITAL

PRIMO-INFECTION :
Oral : Zovirax® per os 10 j
Génital : Zelitrex® per os 10 j ; rapports protégés
RECURRENCE :
Génital > 6/a : Zelitrex® 6 mois

	Oral	Génital
Primo-infection	**1-Zovirax® per os 10 j** 2-Alimentation semi-liquide 3-Antalgiques 4-Bains de bouche	1-**Zelitrex® per os 10 j** 2-Antalgiques 3-**Rapports protégés** 4-Si RAU : KT sus-pubien
Récurrence	1-Pas de ttt de la poussée 2-Si récurrence fréquente : Zelitrex® 6 mois	1-Zelitrex® per os 5 j 2-Antalgiques 3-Rapports protégés 4-Si récurrence fréquente (**> 6/a**) : **Zelitrex® 6 mois**

IMPETIGO

Traitement local : antisepsie ; ramollir les croûtes (Fucidine®)
Traitement général : macrolide (ou Pyostacine®) per os, 10 j
Limiter la propagation de l'infection : couper et brosser les ongles ; éviction scolaire
Traitement d'une dermatose sous-jacente chez adulte

1-Traitement local
- Lavage
- **Antisepsie** (Septivon®)
- Antibiotique pour **ramollir les croûtes (Fucidine®)**
- Ablation des croûtes sans les arracher

2-Traitement général
- Après prélèvements bactériologiques
- **Macrolide (ou Pyostacine®) per os, 10 j**

3-Limiter la propagation de l'infection
- Laver les mains, **couper et brosser les ongles**
- **Eviction scolaire** jusqu'à guérison des croûtes
- Traitement des sujets contacts atteints

4-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement

5-Traitement d'une dermatose sous-jacente chez adulte

FURONCLES

Traitement local : antisepsie
Traitement général si furoncles multiples et récidivants
Limiter la propagation de l'infection : laver les mains ; pas de manipulation ; traitement de tous les gîtes microbiens
Arrêt de travail si travail dans la restauration

1-Traitement local
Lavage
Antisepsie (Septivon®)
Antibiotique local à discuter
Si furoncle mûr : extraction du bourbillon
2-Traitement général si furoncles multiples et récidivants
Après prélèvements bactériologiques
Macrolide ou Pyostacine® per os, 15 j
3-Limiter la propagation de l'infection
Laver les mains, couper et brosser les ongles
Education : **pas de manipulation**
Recherche et **traitement de tous les gîtes microbiens**
4-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement
5-Arrêt de travail si travail dans la restauration

ERYSIPELE

Antibiothérapie : amoxicilline PO15 j ; Peni G IV
Traitement de la porte d'entrée : SAT VAT
Prévention des complications : PAS d'AINS
BU à J21
Prévention des récidives par traitement des facteurs favorisants

1-Mise en condition
Urgence médicale
Hospitalisation si comorbidités, complication, doute diagnostique ou pb social
Repos au lit
2-Antibiothérapie
Amoxicilline PO (3-4.5 g/j) pour une durée totale de **15 j**
Peni G IV (10-20 MU/j) si hospitalisation puis relais PO par amoxicilline
3-Traitement de la porte d'entrée
SAT VAT
Si intertrigo : traitement médical, éviter la macération
4-Prévention des complications
Lever précoce
HBPM uniquement si FdR thrombo-embolique
PAS d'AINS (fasciite nécrosante)
5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement
Clinique : pouls, T°, état cutané, porte d'entrée
Paraclinique : **BU à J21**
6-Prévention des récidives par traitement des facteurs favorisants
Bas de contention
Régime si surpoids
Chirurgie si varices

DERMATOPHYTES

Traitement local : Amycor® crème 3 sem
Traitement général dans certains cas
Eviter les récidives : facteurs favorisants ; source de contamination
Déclaration des dermatophytes inter-humaines

1-Traitement local
Amycor® crème 3 sem

2-Traitement général dans certains cas
Cutané étendu ou plantaire, résistant, teigne, unguéal, piliaire
Griséofulvine 15 j

3-Eviter les récidives
Eviction des **facteurs favorisants** (humidité, macération, ID)
Traitement de toutes les localisations simultanément
Traitement de la **source de contamination** (chat, homme)

4-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement

5-Déclaration des dermatophytes inter-humaines

CANDIDOSES

Traitement local : Pévaryl®
Traitement général dans certains cas
Eviter les récidives : éviction des facteurs favorisants

1-Traitement local
Antisepsie
Pévaryl® 3 sem (crème, ovule...)

2-Traitement général dans certains cas
Formes systémiques, ID
Fungizone®

3-Eviter les récidives
Eviction des facteurs favorisants (humidité, macération, ID, savon acide, diabète, médicaments...)
Traitement de toutes les localisations simultanément

4-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement

SYPHILIS

Antibiothérapie : Extencilline® ; 1 IM de 2,4 MUI
Prévention de la réaction de Pick-Herxhheimer (discuté)
Tétrade des MST

1-Antibiothérapie

Extencilline®
1 IM de 2,4 MUI (si évolution > 1A ou indeterminée : 3 IM sur 3 sem)
Même ttt pour VIH et femme enceinte
Si CI : cyclines per os, 3 sem

2-Prévention de la réaction de Pick-Herxhheimer (discuté)

Corticothérapie per os

3-Tétrade des MST

Recherche autres MST
Dépistage et traitement du partenaire
Rapports protégés (préservatifs)
Education et information de la patiente

4-Surveillance clinique de l'efficacité et de la tolérance du traitement

GONOCOQUE / CHLAMYDIA

Antibiothérapie :
Gonocoque : Rocéphine® ; Vibramycine®
Chlamydia : Vibramycine®
Tétrade des MST

1-Antibiothérapie

Gonocoque	Chlamydia
<u>Rocéphine®</u> 1 IM de 500 mg <u>Vibramycine®</u> 200 mg/j, per os, 7 j	<u>Vibramycine®</u> 200 mg/j, per os, 7 j

2-Tétrade des MST

Recherche autres MST
Dépistage et traitement du partenaire
Rapports protégés (préservatifs)
Education et information de la patiente

3-Surveillance clinique de l'efficacité et de la tolérance du traitement

ACNE

TRAITEMENT DE L'ACNE
Traitement médicamenteux local ou général : rétentionnelle ; inflammatoire ; polymorphe juvénile (inflam + ret) ; nodulo-kystique (Roaccutane®) ; hyperandrogénie
Traitement d'une éventuelle étiologie endocrinologique
Mesures associées : arrêt des médicaments favorisants
PRECISIONS SUR LE ROACCUTANE® (RMO)
Contre-indication stricte avec les cyclines
Mise en place : 0,75 mg/kg/j, 6 mois, contraception, acccord de soin et de contraception signé ; β-Hcg/m, transaminases, cholestérol, Tg

I-TRAITEMENT DE L'ACNE

1-Traitement médicamenteux local ou général

Rétentionnelle	Trétinoine (Locacid®)
Inflammatoire	Superficielle : -Péroxyde de benzoyle (Eclaran®) -Atb topique (Erythromycine)
	Profonde : -Péroxyde de benzoyle (Eclaran®) -Atb générale (Mynocine®)
Polymorphe juvénile (inflam + ret)	-Péroyde de benzoyle (Eclaran®) -Trétinoïne (Locacid®) -Atb topique (Erythromycine) (selon)
Nodulo-kystique	Isotrétinoïne (**Roaccutane®**)
Hyperandrogénie	Anti-androgènes (Androcur®)

2-Traitement d'une éventuelle étiologie endocrinologique

3-Mesures associées

Arrêt des **médicaments favorisants** (corticoïdes, androgènes, anticonvulsivants, lithium, rifampicine, vit B12...)
Arrêt des cosmétiques et topiques gras
Eviter l'exposition solaire
Hydratation de la peau
Attention à certaine profession et au violon (zone de friction)
Ne pas manipuler

4-Surveillance clinique ± paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement

II-PRECISIONS SUR LE ROACCUTANE® (RMO)

1-Indications

Conglobata
Nodulo-kystique
Echec des traitements

2-Contre-indication stricte avec les cyclines

3-Bilan pré-traitement, effets secondaires, contre-indications (cf. isotrétinoïne dans chapitre « psoriasis »)

4-Mise en place

Doses : **0,75 mg/kg/j**
Durée : **6 mois**
Sous **contraception**
Acccord de soin et de contraception signé (par les parents si mineur)
Surveillance :
- **β-Hcg/m**
- **Transaminases, cholestérol, Tg** (1er, 3ème, 5ème mois)

TOXIDERMIE MEDICAMENTEUSE

ARRET de tous les médicaments ; CI du médicament en cause à VIE ; déclaration à la pharmacovigilance ; document écrit remis à la sortie de l'hôpital et éducation ; désensibilisation si médicament indispensable
Traitement général : SAT VAT
Surveillance: yeux, muqueuses, surinfections, hydratation

1-Urgence, mise en condition

2-Traitement étiologique

- **-ARRET de tous les médicaments**
- **-CI du médicament en cause à VIE**
- **-Déclaration à la pharmacovigilance**
- **-Document écrit remis à la sortie de l'hôpital et éducation**
- **-Désensibilisation si médicament indispensable**

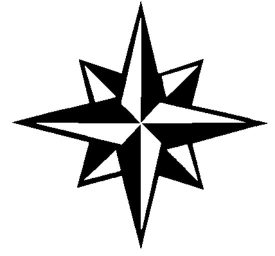
3-Traitement local

Antisepsie cutanée
Décapage bulle
Assèchement par solution de nitrate d'argent

4-Traitement général

Rééquilibration hydro-électrolytique
Régime hyperprotidique
Prévention de l'ulcère de stress
Contrôle des tares associées
SAT VAT
Antibiothérapie si surinfection

5-Surveillance clinique et paraclinique de l'efficacité du traitement : yeux, muqueuses, surinfections, hydratation



ENDOCRINOLOGIE



DIABETE DE TYPE I

TRAITEMENT GENERAL
Insulinothérapie : semi-lente, rapide ; HbA1c < 6,5%
Régime diabétique : équilibré
Education de l'enfant et des parents (cf.)
Mesures associées : 100% ; psychologique ; carte
Prévention des complications
Surveillance à vie : auto-surveillance ; carnet ; HbA1c
EDUCATION
Autogestion de l'insuline : injection ; adaptation des doses : prospective, rétrospective
Règles hygiéno-diététiques : observance du régime
Prévention et CAT en cas d'urgence :
- Hypoglycémie ; resucrage, glucagon IM
- Acidocétose : ne jamais arrêter l'insuline ; si Gly cap > 2,5 : BU, insuline
- Auto-surveillance : Gly cap ; carnet

ORDONNANCE
Type d'ordonnance : 100%
Contenu de l'ordonnance : insuline, lecteur de glycémie ; glucagon ; urgence, appeler le 15

I-TRAITEMENT GENERAL

1-Insulinothérapie
Voie SC
Schéma basal bolus :
- **Semi-lente** (Insulatard®) → matin et soir
- **Rapide** (Actrapid®) → matin, midi et soir

Doses intiales : 0,8 UI/kg/j (2/3 jour, 1/3 nuit)
Objectifs :
- Gly à jeun entre 0,8 et 1,2 g/L
- Gly post-prandiale entre 1,2 et 1,4 g/L
- **HbA1c < 6,5%**
- Pas d'hypoglycémie grave

2-Régime diabétique
Normocalorique (2 000 kCal/j)
3 repas/j + 2 collations
Régime **équilibré** : 50% glucides, 30% lipides, 20% protides
Acide gras : 1/3 saturé, 1/3 monoinsaturé, 1/3 polyinsaturé
Eviter sucres : à index glycémique élevé, liquides

3-Education de l'enfant et des parents (cf.)

4-Mesures associées
Contraception : microprogestatif ou œstropro. microdosé, programmer grossesse
Sociale : prise en charge à **100%**
Sport : CI à la plongée et à l'alpinisme
Psychologique : assoc. jeunes diab. (AJD)
Carte de diabétique

5-Prévention des complications
Hygiène des pieds
Vaccination

6-Surveillance à vie
Auto-surveillance
Equilibre du diabète : observance, **carnet,** poids, lipodystrophies, **HbA1c**
Complications : neuro, rénale (créat, ECBU, microalbumine), vasculaire (TA), infectieux (pieds), ophtalmo (FO)
Education : observance, psychologique

II-EDUCATION

Diabète	Nature, mécanisme, risque, facteurs décompensants
Autogestion de l'insuline	1-Conservation 2-Technique d'**injection :** -Varier les sites -Horaire régulier 3-**Adaptation des doses :** **-Prospective** (anticipatoire) **-Rétrospective** (compensatoire)
Règles hygiéno-diététiques	1-**Observance du régime** 2-Maintenir un poids idéal 3-Pas d'alcool, pas de tabac 4-Sport régulièrement (CI : alpinisme et plongée)
Prévention et CAT en cas d'urgence	<u>Hypoglycémie :</u> 1-Adaptation prospective et rétrospective de l'insuline 2-Ne pas sauter de repas 3-Collation au coucher si Gly < 1,3 g/L 4-Toujours avoir 3 sucres sur soi 5-Reconnaître une hypoglycémie (**sueurs+++**) 6-**Resucrage, glucagon IM** <u>Acidocétose :</u> 1-**Ne jamais arrêter l'insuline** 2-**Si Gly cap > 2,5 :** -Faire une **BU** -Ajouter 5 UI d'**insuline** par croix de cétonurie -Hydrater -Contrôler cétonurie 2 h après -Si échec, renouveler l'opération à 2 reprises -Si échec, appeler le SAMU
Auto-surveillance	-**Gly cap** avant chaque repas et le soir au coucher -BU si Gly cap > 2,5 -**Carnet** de surveillance

III-ORDONNANCE

Type d'ordonnance	**100%**
Règles de l'ordonnance	1-Nom du médecin, tampon, signature 2-Date, lieu 3-Nom et prénom du patient 4-Qsp 1 mois
Contenu de l'ordonnance	1-**Insuline :** -Semi-lente (Insulatard®) → matin et soir (nb d'UI) -Rapide (Actrapid®) → matin, midi et soir (nb d'UI) 2-Stylo injectable -Aiguilles 3-Stylo autopiqueur -Lancettes adaptées -Bandelettes pour lecteur de glycémie -**Lecteur de glycémie** 4-**Glucagon** (en bas du réfrigirateur, 1 IM si hypoglycémie) 5-BU 6-En cas d'**urgence, appeler le 15**

DIABTETE DE TYPE II

TRAITEMENT GENERAL
Régime diabétique
Antidiabétiques oraux si besoin :
1ère intention :
Sans surcharge pondérale : NORMOcalorique
Avec surcharge pondérale : HYPOcalorique
1° échec HbA1c > 6, 5% :
Sans surcharge pondérale : sulfamide ; hypoglycémie
Avec surcharge pondérale : biguanide ; ac lactique
2° échec HbA1c > 6,5% : bithérapie
Insulino-requérance
Education du patient (cf.)
Prévention et traitement des complications : ARA2 ; FDR CV, statines ; aspirine ; mal perforant plantaire
Surveillance à vie : auto-surveillance
EDUCATION
Antidiabétiques oraux : sulfamide, hypoglycémie ; biguanide : ac lactique
Règles hygiéno-diététiques
Prévention et CAT en cas d'urgence : arrêt des biguanides 48 h avant une chirurgie ou un examen avec injection iodée
BIGUANIDES/SULFAMIDES
Sulfamide :
Contre-indications : grossesse ; insuf. rénale ; insuf. hépatique ; interaction médicamenteuse
Effets secondaires : hypoglycémie
Mécanismes : augmente l'insulinosécrétion
Biguanide :
Contre-indications : grossesse ; insuf. rénale ; insuf. hépatique ; > 70 ans ; insuf. cardiaque et respiratoire
Effets secondaires : ac lactique ; digestifs
Mécanismes : abaisse l'insulinorésistance

I-TRAITEMENT GENERAL

1-Régime diabétique

Normocalorique (2 000 kCal/j) ou hypocalorique en fonction du BMI
3 repas/j
Régime équilibré : 50% glucides, 30% lipides, 20% protides
Acide gras : 1/3 saturé, 1/3 monoinsaturé, 1/3 polyinsaturé
Eviter sucres : à index glycémique élevé, liquides

2-Antidiabétiques oraux si besoin

	Sans surcharge pondérale	Avec surcharge pondérale
1ère intention	-Activité physique -Régime **NORMOcalorique**	-Activité physique -Régime **HYPOcalorique**
Echec HbA1c > 6,5%	**Sulfamide** hypoglycémiant Gibenclamide (Daonil®) **(hypoglycémie)**	**Biguanide** metformine (Glucophage®) **(ac lactique)**
Echec HbA1c > 6,5%	**Bithérapie** Sulfamide hypoglycémiant + Biguanide	
Insulino-requérance	Insuline	

3-Education du patient (cf.)

4-Prévention et traitement des complications

ARA2 si HTA ou microangiopathie
Traitement des **FDR CV, statines**
Aspirine si macroangiopathie (ou 2 Fdr CV)
Prévention du **mal perforant plantaire :**
Chaussures souples adaptées et chaussettes
Laver, sécher
Auto-examen des pieds
Soins de pédicure délicats
Consulter si présence d'une plaie

5-Surveillance à vie

Auto-surveillance

Equilibre du diabète : observance, carnet, poids, HbA1c

Complications : neuro, rénale (microalbumine), vasculaire (TA), infectieux (pieds), cardiaque (ECG)

Education : observance, psychologique

II-EDUCATION

Diabète	Nature, mécanisme, risque, facteurs décompensants
Antidiabétiques oraux	1-**Sulfamide** hypoglycémiant : risque d'**hypoglycémie** 2-**Biguanide :** risque **ac lactique**
Règles hygiéno-diététiques	1-Observance du régime 2-Maintenir un poids idéal 3-Pas d'alcool, pas de tabac 4-Sport régulièrement
Prévention et CAT en cas d'urgence	<u>Hypoglycémie sous sulfamide :</u> 1-Ne pas sauter de repas 2-Reconnaître une hypoglycémie (sueurs +++) 3-Resucrage
	<u>Prévention de l'ac lactique sous biguanide :</u> **Arrêt des biguanides 48 h avant une chirurgie ou un examen avec injection iodée** (reprise 48 h après)
Auto-surveillance	-Gly cap -BU -Carnet de surveillance

III-BIGUANIDES/SULFAMIDES

	Sulfamide hypoglycémiant	**Biguanide**
Type	Gibenclamide (Daonil®)	Metformine (Glucophage®)
Contre-indications	1-Allergie 2-**Grossesse** 3-Insuffisance **rénale** 4-Insuffisance **hépatique** (et éthylisme)	
	5-Diabète insulinodépendant 6-**Interaction médicamenteuse** (AINS, AVK, Lasilix®...)	5-Sujet âgés **> 70 ans** 6-Insuffisance **cardiaque et respiratoire**
Effets secondaires	1-**Hypoglycémie** 2-Allergie 3-Hépatite médicamenteuse	1-**Ac lactique** 2-**Digestifs**
Mécanismes	1-**Augmente l'insulinosécrétion**	1-**Abaisse l'insulinorésistance** 2-Inb la néoglucogenèse 3-Baisse l'absorption intestinale de glucose

COMPLICATIONS CHRONIQUES DU DIABETE

<u>NEPHROPATHIE :</u>
Equilibrer le diabète, l'HTA ; néphroprotecteur : IEC ou ARA2 ; éliminer une sténose de l'artère rénale ; si IRC (Cl < 30), arrêt des antidiabétiques oraux
<u>RETINOPATHIE :</u>
Equilibrer le diabète progressivement, l'HTA ; aspirine ; photocoagulation au laser Argon si rétinopathie pré-proliférante
<u>MAL PERFORANT PLANTAIRE :</u>
Equilibrer le diabète ; suppression totale de l'appui ; débridement ; SAT VAT ; Augmentin® ; héparinothérapie ; traitement étiologique ; éducation pour prévenir

Néphropathie	1-Equilibrer le **diabète** 2-Equilibrer l'**HTA** (RHD + IEC) 3-Traitement **néphroprotecteur : IEC ou ARA2** 4-Eviter ou traiter les **facteurs aggravants :** -Infection urinaire -Médicament néphrotoxique -Adénome prostatique 5-Si diabète de type II : -Eliminer une **sténose de l'artère rénale** **-Si IRC (Cl < 30), arrêt des antidiabétiques oraux**
Rétinopathie	1-Equilibrer le **diabète progressivement** 2-Equilibrer **l'HTA** 3-**Aspirine** 4-**Photocoagulation au laser Argon :** -Rétinopathie **pré-proliférante** (pan-photocoagulation) -Maculopathie œdémateuse
Mal perforant plantaire	1-Equilibrer le **diabète** 2-Traitement local : **-Suppression totale de l'appui** -Désinfection et **débridement** 3-Traitement général anti-infectieux : **-SAT VAT** -Antibiothérapie : **Augmentin®** (staph et anaérobies) IV et relais per os **-Héparinothérapie** préventive 4-Traitement **étiologique** 5-**Education pour prévenir** les récidives : -Chaussures souples adaptées et chaussettes -Laver, sécher -Auto-examen des pieds -Soins de pédicure délicats -Consulter si présence d'une plaie

COMPLICATIONS AIGUES DU DIABETE

ACIDOCETOSE DIABETIQUE
Traitement d'un choc et rééquilibration hydro-électrolytique : hydrique ; potassium d'emblée
Insulinothérapie : insuline rapide IVSE type Actrapid®
Traitement du facteur déclenchant (atb si infection)
Surveillance: BU cétonurie, iono sg, GDS, ECG
HYPOGLYCEMIE
Mineure : sucres per os, trouble de la conscience : glucagon 1 IM de 1 mg
Coma hypoglycémique : urgence G30 : 50 mL IVD ; LVAS, PLS ; relais par G10 (2l/24h) ; traitement étiologique

I-ACIDOCETOSE DIABETIQUE

1-Mise en condition

Urgence médicale, pronostic vital
Hospitalisation
1 vvp, SNG, scope cardiotensionnel
Accord parental

2-Traitement d'un choc et rééquilibration hydro-électrolytique

Hydrique : 3 premières heures → sérum phy à 1 L/h
à la 3ème heure → sérum phy + G5 pour éviter les hypoglycémies
Potassium d'emblée (à adapter à la kaliémie)
Bicarbonates si ph < 7,10 (à discuter)

3-Insulinothérapie

Insuline rapide IVSE type Actrapid®
10 ui/h jusqu'à disparition de la cétonurie
Poursuite IV jusqu'à disparition de la cétonurie
Relais par voie SC

4-Prévention des complications thrombo-emboliques

5-Traitement du facteur déclenchant (atb si infection)

6-Surveillance de la tolérance et l'efficacité du traitement

Clinique : pouls, TA, T°, FR, glycémie, hydratation, **BU cétonurie,** diurèse
Paraclinique : **iono sg** et u, urée, créat, gly, **GDS, ECG**

II-HYPOGLYCEMIE

Mineure	1-Trois **sucres per os** 2-Glucide à index glycémique élevé 3-Si **trouble de la conscience : glucagon 1 IM de 1 mg** en l'absence de CI (sulfamides, alcool, IHC) 4-Traitement étiologique 5-Sucre lent (prévenir récidive)
Coma hypoglycémique	1-En **urgence G30 : 50 mL IVD** (3 amp) 2-Glucagon 1 IM de 1 mg (selon) en l'absence de CI (sulfamides, alcool, phéochromocytome) 3-Mise en condition : -Hospitalisation **-LVAS, PLS** -Arrêt alimentation orale et SNG 4-**Relais par G10 (2l/24h)** 5-Surveillance rapprochée 6-Traitement **étiologique**

OBESITE / DENUTRITION

<u>OBESITE :</u>
- Objectif pondéral
- Traitement étiologique
- Régime : enquête alimentaire
- Activité physique
- Soutien psychologique, motivation
- Prise en charge des complications et des FDR CV
- Suivi à long terme

<u>DENUTRITION :</u>
- Traitement étiologique
- Protéines : hautes valeurs énergétiques
- Compléments nutritionnels
- Soutien psychologique
- Surveillance poids, RBP

Obésité	1-Prise en charge globale, préventive et précoce avec **objectif pondéral** (diminution de 10-15%) et éducation du patient 2-Traitement **étiologique** (endocrinopathie, médicament, adaptation d'une contraception) 3-**Régime** alimentaire : -Après **enquête alimentaire** -Hypocalorique en fonction du BMI -Equilibré : 50% glucides, 30% lipides, 20% protides -Acide gras : 1/3 saturé, 1/3 monoinsaturé, 1/3 polyinsaturé -Eviter sucres : à index glycémique élevé, liquides -Hydratation -Arrêt de l'alcool 4-Activité **physique** régulière 5-Soutien **psychologique, motivation** 6-Prise en charge **des complications et des FDR CV** 7-**Suivi à long terme** pour éviter les rechutes 8-Traitement chirurgical en dernier recours (cf.)
Dénutrition	1-Traitement **étiologique** (cancer, dépression) 2-Réalimentation orale progressive : -Hypercalorique -Equilibrée : 50% glucides, 30% lipides, 20% protides **-Protéines : hautes valeurs énergétiques** -Hydratation -Vitamines et minéraux **-Compléments nutritionnels** 3-Soutien **psychologique** 4-Surveillance : fiche alimentaire, apports, **poids,** RBP

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'OBESITE

Indication	1-BMI > 40 (ou > 35 si complications majeures) 2-Après un an de prise en charge institutionnelle
CI	1-Troubles du comportement alimentaire 2-Alcoolisme 3-Immunodépression
Traitement	1-Demande écrite du malade 2-Avis médical avec consultation multidisciplinaire : psychiatre, endocrinologue, nutritionniste 3-Anneaux ou by-pass

INSUFFISANCE SURRENALE

<u>AIGUE</u>
Pré-hospitalier : 100 mg d'hydrocortisone IM ; 15 (urgence vitale)
A l'hôpital : choc ; PAS de potassium ; hydrocortisone ; facteur déclenchant ; surveillance ; traitement de fond et éducation
<u>CHRONIQUE</u>
Hormonothérapie substitutive à vie : 30 mg/j d'hydrocortisone ; 50 µg/j de fludrocortisone
Traitement étiologique
Education :
  Traitement : à vie ; pas d'arrêt
  Règles hygiéno-diététiques
  Facteurs décompensants
  CAT en cas d'urgence : décompensation : 100 mg d'hydrocortisone IM
Mesures sociales : carte ; 100%

I-AIGUE

Pré-hospitalier	1-**100 mg d'hydrocortisone IM** 2-Appel du **15 (urgence vitale)** 3-Transport médicalisé
A l'hôpital	1-Mise en condition 2-Traitement d'un choc et rééquilibration hydro-électrolytique : -**Choc :** macromolécules ou sérum phy. -Hydrique : G5 + Nacl -**PAS de potassium** 3-Hormonothérapie substitutive : **hydrocortisone :** -200 mg/j IVSE -Relais per os dès que possible 4-Ttt d'une hypoglycémie grave 5-Traitement du **facteur déclenchant** 6-Prévention des complications de décubitus (selon) 7-**Surveillance** de l'efficacité du traitement : -Clinique : pouls, TA, T°, FR, conscience -Paraclinique : iono sg, gly, ECG 8-Mise en place du **traitement de fond et éducation**

II-CHRONIQUE

1-Hormonothérapie substitutive à vie
Glucocorticoïde : **30 mg/j d'hydrocortisone**
Minéralocorticoïde : **50 µg/j de fludrocortisone**

2-Traitement étiologique
Si tuberculose : quadrithérapie 6 mois ; augmenter les doses d'hormonothérapies en raison de la rifampicine
Si sd de Schmidt : hormonothérapie substitutive thyroïdienne

3-Education

Traitement	-**A vie** -**Pas d'arrêt** du traitement -Prévenir une décompensation en doublant les doses
Règles hygiéno-diététiques	-Normosodé -Pas de diurétiques, laxatifs ou inducteurs enzymatiques
Facteurs décompensants	-Stress, trauma, grossesse -Fièvre, chirurgie -Vomissements, diarrhée, coup de chaleur -Régime désodé, diurétique, laxatif, inducteur enzymatique
CAT en cas d'urgence	-Connaître les signes de décompensation -Devant une **décompensation : 100 mg d'hydrocortisone IM**

4-Mesures sociales
Carte d'addisonien (doses, n° à contacter en cas d'urgence)
Prise en charge à **100%**

5-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement
Poids, TA, asthénie, mélanodermie, digestif, kaliémie
Régression de l'étiologie

HYPERTHYROIDIE

TRAITEMENT GENERAL
Traitement « abraco » : Néo-mercazole® ; contraception ; oculaire
Surveillance « note » : NFS, plaquettes ; T4 ± TSHus, agranulocytose
MALADIE DE BASEDOW
Type detraitement :
Traitement classique (cf.)
Chirurgie : thyroïdectomie
IRA-thérapie
Indications :
Chirurgie : récidive ; CI aux ATS
IRA-thérapie : sujet âgé
Principe du traitement :
Chirurgie : préparation médicale par ATS ; parathyroïdes et récurrent ; thyroïdectomie totale ; calcémie en post-op
IRA-thérapie : préparation médicale par ATS
Risques :
Chirurgie : hypocalcémie (parathyroïde) ; atteinte récurrentielle ; hypothyroïdie définitive
IRA-thérapie : hypothyroïdie ; tératogène ; échec

I-TRAITEMENT GENERAL « abraco note »

Traitement « abraco »	A-Anti-thyroïdiens de synthèse : **-Néo-mercazole®** -40 à 60 mg/j durant 3 sem (dose d'attaque) -Baisse progressive sur 18 mois B-β-bloquants (Avlocardyl®) sauf CI R-Repos/Arret de travail A-Anxiolytique (Lexomil®) C-**Contraception** O-**Oculaire** (larmes artificielles)
Surveillance « note »	N-**NFS, plaquettes**, BHC O-Oculaire surveillance T-**T4 ± TSHus** (à 3 sem) E-Effets secondaires : **agranulocytose,** allergie, aguesie, hypothyroïdie, hépatite cholestatique

II-MALADIE DE BASEDOW

Trois traitements possibles :
1. **Traitement classique (cf.)**
2. **Chirurgie : thyroïdectomie**
3. **IRA-thérapie**

	Chirurgie	IRA-thérapie
Indications	1-**Récidive** à moins de 40 ans 2-**CI aux ATS**	1-Récidive chez le sujet **âgé** 2-CI à la chirurgie
Principe du traitement	1-**Préparation médicale par ATS** pour obtenir une euthyroïdie 2-Repérer les **parathyroïdes** et le **récurrent** 3-**Thyroïdectomie totale** 4-**Calcémie en post-op** 5-Lévothyrox® dès le lendemain	1-**Préparation médicale par ATS** pour obtenir une euthyroïdie 2-IRA-thérapie 3-Lévothyrox® si hypothyroïdie séquellaire
Risques	1-**Hypocalcémie (parathyroïde)** 2-**Atteinte récurrentielle** 3-**Hypothyroïdie définitive** 4-Esthétique 5-Crise aiguë thyrotoxique 6-Hématome, infection	1-**Hypothyroïdie** définitive 2-**Tératogène** 3-**Echec**

HYPOTHYROIDIE

Mesures préliminaires : traitement d'une insuffisance surrénale ; ECG, CPK, troponine, TSHus
Hormonothérapie substitutive à vie :
Jeune ET sans insuffisance coronaire : ambulatoire ; doses élevées ; TSH us normale
Agé OU insuffisance coronaire : hospitalisation ; doses faibles ; T4 normal ; prévention coronarienne
Education du patient : à vie
Surveillance régulière à vie : cardiaque

1-Mesures préliminaires

Traitement d'une insuffisance surrénale (si sd de Schmidt)
Traitement d'une anémie et d'une insuffisance coronaire
ECG, CPK, troponine, TSHus avant et après toute modification de traitement

2-Hormonothérapie substitutive à vie

Jeune **ET** **Sans insuffisance coronaire**	**Agé** **OU** **Insuffisance coronaire**
1-**Ambulatoire** 2-Début à doses **élevées** 3-Objectif : **TSH us normale**	1-**Hospitalisation** 2-Début à doses **faibles** 3-Objectif : **T4 normal** 4-**Prévention coronarienne** (selon) -β-bloquants -Aspirine -Nitrés

3-Education du patient

A vie
Pas auto-médicamentation
CAT si douleurs thoraciques

4-Surveillance régulière à vie

Régression des signes cliniques et biologiques (TSHus et T4)
Tolérance **cardiaque** (clinique, ECG)

***NB :** en cas de grossesse, augmenter les doses de Lévothyrox®*

DYSTHYROIDIE A LA CORDARONE®

Examens complémentaires
Traitement en fonction des résultats :
Résultats : scinti blanche
Pathologie : type I (précoce), type II (tardive)
Traitement : corticothérapie à 1 mg/kg/j

1-Examens complémentaires

TSHus, T3, T4
Scinti thyroïdienne à l'I123
Iodurie des 24 h, (± iodémie)

2-Traitement en fonction des résultats

Résultats	Pathologie	Traitement
TSH ↑	Hypothyroïdie à la Cordarone®	1-± Arrêt de la Cordarone® 2-Lévothyrox®
-TSH ↓ -Scinti : Basedow Nod toxiq GMNT	Hyperthyroïdie à la Cordarone® de **type I (précoce)**	Bien tolérée : 1-Arrêt de la Cordarone® 2-Traitement général des hyperthyroïdies (cf.)
		Mal tolérée : 1-Arrêt de la Cordarone® 2-**Thyroïdectomie totale**
-TSH ↓ -Scinti **blanche**	Hyperthyroïdie à la Cordarone® de **type II (tardive)**	Bien tolérée : 1-Arrêt de la Cordarone® 2-Traitement général des hyperthyroïdies (cf.)
		Mal tolérée : 1-Arrêt de la Cordarone® 2-Traitement général des hyperthyroïdies (cf.) 3-**Corticothérapie à 1 mg/kg/j**

CANCER DE LA THYROIDE

DIFFERENCIE :
Tyroïdectomie totale, anapath ; scinti de contrôle à l'I123, Tg, IRAthérapie ; Lévothyrox® ; bilan à 6 mois
MEDULLAIRE :
Taitement d'un phéochromocytome ; thyroïdectomie totale, anapath, parathyroïdectomie, si hyperparathyroïdie ; Lévothyrox® ; thyrocalcitonine, ACE

Différencié	1-Traitement chirurgical curatif : -**Thyroïdectomie totale** -Curage gg homolatéral (bilat si isthme atteint) -Extemporané et **anapath** définitive 2-Six sem après la chirurgie : -**Scinti de contrôle à l'I123** (corps entier) -Dosage de la **Tg** -**IRAthérapie** à l'I131 (100 mCI) 3-Traitement médical freinateur à vie : -**Lévothyrox®** -Objectif : TSHus indosable 4-**Bilan à 6 mois :** -Après arrêt du Lévothyrox® 1 mois avant -Tg, TSHus, scinti à l'I123 5-Surveillance à vie de l'absence de rechutes
Médullaire	1-Traitement d'une NEM : -**Traitement d'un phéochromocytome** -Si hyperparathyroïdie, parathyroïdectomie peropératoire -Dépistage familial 2-Traitement chirurgical curatif : -**Thyroïdectomie totale** -Curage gg bilatéral -Extemporané et **anapath** définitive -**Parathyroïdectomie, si hyperparathyroïdie** 3-Hormonothérapie substitutive à vie : -**Lévothyrox®** -Calcium + vit D si parathyroïdectomie 4-Surveillance à vie de l'absence de rechutes : -Clinique -Biologique : **thyrocalcitonine,** ACE

ADENOME HYPOPHYSAIRE A PROLACTINE

Arrêt d'un traitement médicamenteux aggravant
Traitement curatif :
Indications : chirurgical si échec ou macroadénome
Modalités : médical : bromocriptine (Parlodel®) ; chirurgical : adénectomie sélective par voie trans-sphénoïdale

1-Arrêt d'un traitement médicamenteux aggravant (œstroprogestatif…)

2-Traitement curatif

	Médical	**Chirurgical**
Indications	-Pas de CI à la bromocriptine -Microadénome -Macroadénome même avec troubles visuels	-**Echec** du traitement médical -**Macroadénome** compressif -Adénome mixte
Modalités	1-**Bromocriptine (Parlodel®)** **2-A doses progressives en l'absence de CI** 3-Prl à 1 m et IRM à 6 m	1-**Adénectomie sélective par voie trans-sphénoïdale**

3-Surveillance clinique et paraclinique

Efficacité : aménorrhée, galactorhée, sd tumoral

Tolérance : effets secondaires Parlodel® ou complications chirurgicales

GYNECOMASTIE

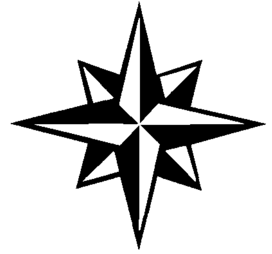
1-Traitement étiologique (tumeur, médicaments...)
2-Traitement symptomatique
Enfant : abstention
Adulte : DHT transcutané (Andractim®)
Adulte + hypogonadisme : Androtardyl®
3-Traitement chirurgical exceptionnel
4-Surveillance

DYSLIPIDEMIES

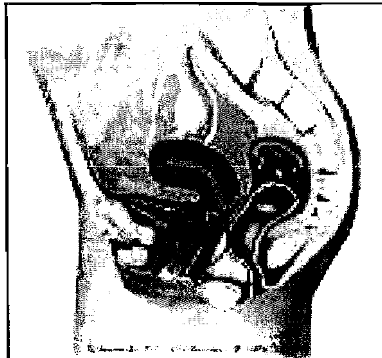
IIa : hypercholestérolémie :
Régime : hypocholestérolémiant, poisson
Médical si échec à 3 m : statine ; CPK et transaminases
IV : hypertriglycéridémie :
Régime : pas de sucres rapides, pas d'alcool, réduction pondérale si surpoids
Médical si échec à 3 m : fibrates ; CPK et transaminases

	IIa : hypercholestérolémie	**IV : hypertriglycéridémie**
Régime	-Normocalorique (2 000 kCal/j) -Régime équilibré : 50% glucides, 30% lipides, 20% protides -Acide gras : 1/3 saturé, 1/3 monoinsaturé, 1/3 polyinsaturé	
	-Régime **hypocholestérolémiant** éviter abats, jaune d'œuf -Huile de **poisson** -Eviter de faire chauffer les huiles végétales > 170°	**-Pas de sucres rapides** **-Pas d'alcool** **-Réduction pondérale si surpoids**
Médical si échec à 3 m	-**Statine** : Tahor® -Surveillance : **CPK et transaminases** -Si échec fibrates	-**Fibrates** : Lipanthyl® -Surveillance : **CPK et transaminases** -Si échec statines

***NB** : si patient diabétique :*
-Equilibrer le diabète
-Bilan à 3 mois
-Si persistance, traitement médicamenteux



GYNECOLOGIE



TRAITEMENT HORMONAL SUBSTITUTIF

<u>Contre-indications :</u>
Cancer du sein, cancer de l'endomètre, thrombo-embolique
<u>Mise en place :</u>
Glycémie à jeun, cholestérol, triglycérides, mammo bilatérale et comparative, frottis cervico-vaginaux
<u>Information du patient</u>

Contre-Indications	1-Antécédents de **cancer du sein** 2-Antécédents de **cancer de l'endomètre** 3-Antécédents **thrombo-emboliques** 4-Insuffisance hépatocellulaire 5-Tumeur hypophysaire 6-Relative (LEAD, diabète, HTA, dyslipidémie)

Méthode de mise en place	1-Expliquer, informer et **proposer** 2-Après bilan pré-thérapeutique : -Clinique : complet, TA, gynéco -Paraclinique : **glycémie à jeun** **cholestérol, triglycérides** **mammo bilatérale et comparative** **frottis cervico-vaginaux** 3-**Œstrogènes naturels associés à progestatifs** (sauf si hystérectomie : œstrogènes seuls) 4-Schéma avec ou sans règles 5-**Surveillance** de la tolérance et de l'efficacité du traitement -Clinique : surdosage : poids, nausées, règles, tension mam sous-dosage : syndrome climatérique examen complet, notamment gynéco -Paraclinique : mammographie (/2an, jusqu'à 74ans) FCV (/2 ans, jusqu'à 65 ans) gly, cholest, trygly (à 3 mois puis à 6 mois)

Information du patient : (ANAES)	**1-Information objective** sur : -Médicament -Indications -Contre-indications -Effets indésirables -Durée limitée -Surveillance -Claire, précise, compréhensible -Rapport bénéfice/risque 2-Type : -Œstroprogestatif -Œstrogène si patiente hystérectomisée **3-Bénéfices :** -Efficace sur : -syndrome climatérique -fractures ostéoporotiques -Non efficace sur : -démence -troubles cognitifs **4-Risques :** -Cancer du sein -Thrombo-embolique -Pas de risque de cancer de l'endomètre (sauf si œstrogène seul) -Baisse le risque de cancer colo-rectal

CONSEILS POUR LA GROSSESSE

Informer, éduquer, prévention
Alimentation
Supplémentation : vit D
Prévenir l'immunisation rhésus, la listériose, la toxoplasmose, rubéole
Dépistage

1-Informer, éduquer, prévention

2-Contre-indiquer
- Alcool
- Tabac
- Automédication
- Drogues

3-Alimentation
- Variée, équilibrée
- Légumes et fruits (RHD si toxo-)
- Produits laitiers

4-Supplémentation
- **Vit D** à 28 sa (100 000 UI)
- Acide folique (selon)

5-Prévenir l'immunisation rhésus

6-Prévenir la listériose
- Eviter les aliments à risque : charcuterie, fromage et lait non pasteurisé
- Bien cuire la viande
- Respect des dates de péremptions
- Nettoyer régulièrement le réfrigérateur
- Laver fruits et légumes
- Se laver les mains
- Amoxicilline 10 jours si signes infectieux

7-Prévenir la toxoplasmose (si sérologie négative)
- Viande bien cuite ou congelée
- Fruits et légumes lavés
- Se laver les mains
- Pas de contact avec chats et litières
- Sérologies mensuelles

8-Prévenir la rubéole
- Vérifier vaccination
- Pas de contage avec maladies éruptives
- Ne jamais vacciner pendant la grossesse
- Vaccination en post-partum

9-Surveillance clinique et paraclinique, dépistage

BESOINS NUTRITIONNELS ET GROSSESSE

Apports énergétiques : 2 000 kCal/j
Boire : 2 L/j
Calcium : 1 g/j
D vitamine : 100 000 UI à 28 sa
Er : fer : 20 mg/j
Folates : 0,5 mg/j
5 mg/j si grossesse multiple ou anti-épileptiques

ANTI-EPILEPTIQUES ET GROSSESSE

Complications :
Crises, spina bifida, cardiaque
CAT :
Informer, contraception ; programmer, à distance d'une poussée
Dépakine® = monothérapie ; vit B9, vit K
α-FP, cholinestérase, dépakinémie, échographie fœtale

Complications	1-Mère = augmentation du nombre de **crises** 2-Fœtus = **spina bifida,** fente labio-palatine, dysmorphie, malformation **cardiaque**
CAT	1-**Informer** la patiente, **contraception** sous anti-épileptiques 2-**Programmer** la grossesse **à distance d'une poussée** 3-Choisir **Dépakine®** = **monothérapie,** dose minimale efficace 4-Supplémentation vitaminique = **-Vit B9** **-Vit K** -Vit D 5-Surveillance clinique et paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement -Clinique -Biologique = **α-FP, cholinestérase, Dépakinémie** -Morphologique = **échographie fœtale** régulière

GROSSESSE EXTRA-UTERINE

TRAITEMENT CHIRURGICAL
Informer
Traitement chirurgical : cœlioscopie, salpingotomie, ablation du sac embryonnaire : salpingectomie, anatomopathologie
Gamma globuline anti-rhésus D
Education , Contraception
TRAITEMENT MEDICAL
Méthode : acide folique, Méthotrexate®
Gammaglobuline anti-rhésus D
Surveillance bêta-HCG

I-TRAITEMENT CHIRURGICAL

1-Mise en condition
- **Urgence médico-chirurgicale** (selon la clinique)
- Hospitalisation en gynécologie
- 1 vvp, bilan pré-op
- Correction d'un éventuel choc hypovolémique (par rupture)
- Après avoir **informé** la patiente du risque de salpingectomie et de laparotomie !!!

2-Traitement chirurgical
- **Cœlioscopie** diagnostique et thérapeutique (ou laparo en fonction de l'hémodynamique)
- Exploration du pelvis : affirmer le diagnostic, localiser la GEU, trompe CL
- **Salpingotomie, ablation du sac embryonnaire** (si traitement conservateur impossible : **salpingectomie)**
- Toilette péritonéale (épanchement du douglas)
- **Anatomopathologie** de la pièce opératoire

3-Gammaglobuline anti-rhésus D !!!

4-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement : clinique, écho et β-HCG !!!

5-Education de la patiente sur les facteurs de risque
- Arrêt du tabac
- Pas de stérilet
- Pas de micro-progestatifs
- Prévenir MST

6-Contraception

II-TRAITEMENT MEDICAL

Indications	1-Diagnostic clairement établi 2-β-HCG inférieur à 10 000 3-Bonne compliance 4-Hémodynamique stable 5-Epanchement péritonéal faible et stable 6-Pas de contre-indications : IHC, IR 7-Pas d'activité cardiaque échographique
Bilan pré-thérapeutique	1-NFS, plaquettes, ionogramme 2-BHC, urée, créat
Méthode	1-En hospitalisation !!! 2-Informer du risque d'échec 3-**Acide folique** 8 h avant 4-**Méthotrexate®** intramusculaire 5-**Gammaglobuline anti-rhésus D !!!** 6-Surveillance **bêta-HCG !!!**

TOXOPLASMOSE

<u>Séroconversion au 1er trimestre :</u>
Rovamycine®, amniocentèse
<u>Si confirmation de l'infestation du fœtus :</u>
Pyrazinamide, sulfadiazine, acide folique
<u>Examen la naissance</u>

1-Séroconversion au 1er trimestre

- **Rovamycine®** (spyramicine)
- **Amniocentèse** à 20 sa avec recherche :
  - IgM spécifiques
  - PCR ADN t. gondii
  - Inoculation à la souris
  - Culture
  - Signes biologiques indirects non spécifiques

2-Si confirmation de l'infestation du fœtus

- Informer la patiente
- Traitement in utéro : **(psa)**
  - **Pyrazinamide**
  - **Sulfadiazine**
  - **Acide folique**
- Surveillance écho/mois : selon discuter ITG
- A la naissance continuer psa
- **Surveillance 1 an** (FO, biologique et sérologique)

3-A la naissance

- Examen clinique : neuro, FO
- Biologie avec NFS et BHC
- Infectieux :
  - Sérologie du cordon
  - Placenta (examen parasito et histo)
- Neurologie :
  - Radio du crâne
  - EEG
  - ETF
  - PL (hyper albuminorachie)
- Refaire un bilan à 10 sem de vie
- Traiter l'enfant par psa

NB *: si amniocentèse négative : Rovamycine® + surveillance écho + bilan à la naissance + si infestation, traitement de l'enfant par psa avec surveillance 1 an*

MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE

Maternité niveau 2 ou 3
Electro-cardiotocographie
Traitement étiologique
Corticothérapie prénatale avant 34 sa
Attention aux CI du traitement tocolytique
Prévention d'une récidive

1-Mise en condition
- **Urgence** médicale
- Hospitalisation en **maternité niveau 2 ou 3**
- 1 VVP, **électro-cardiotocographie**
- Repos au lit

2-Traitement étiologique (antibiothérapie si infection)

3-Corticothérapie prénatale avant 34 sa

4-Traitement tocolytique
- Sauf **CI** : chorioamniotite et souffrance fœtale aiguë
- Voie parentérale IVSE
- Traitement 48 h
- Nicardipine (ICa) **+++**
  - Ou atosiban (antagonistes de l'ocytocine)
  - Ou salbutamol (β2-mimétiques)
- A arrêter immédiatement si signes infectieux ou souffrance fœtale aiguë

5-Surveillance clinique et paraclinique maternelle et fœtale
- Efficacité : contractions utérines, **cardiotocographie** durcissement du col, écho du col
- Tolérance maternelle des β2+ : tachycardie, tremblements
- Tolérance fœtale : mouvements actifs fœtaux, RCF
- **Infectieux : NFS, CRP, PV, ECBU**

6-A distance prévention d'une récidive
- Education de la patiente
- Limiter les facteurs de risque
- Surveillance plus rapprochée
- Arrêt de travail

SALPINGITE AIGUE

Antibiothérapie
Tétrade des MST

1-Mise en condition
- **Urgence médico-chirurgicale,** hospitalisation
- A jeun, 1 VVP, bilan préopératoire
- Information de la patiente

2-Antibiothérapie
- Double
- Bactéricide, synergique
- Probabiliste secondairement adaptée à l'antibiogramme
- IV
- Augmentin® + Vibramycine®
- 21 jours

3-Traitement chirurgical par cœlioscopie
- diagnostique :
  - Exploration
  - **Prélèvements**
  - Fitz-Hugh-Curtis **(périhépatite)**
- Thérapeutique :
  - Adhésiolyse
  - Drainage si pyosalpinx
  - Toilette péritonéale avec lavage abondant
- Pronostique

4-Traitement symptomatique
- Antalgique
- Antispasmodique
- Vessie de glace
- Contraception œstroprogestative

5-Surveillance tolérance et efficacité du traitement
- Clinique : T°, douleurs, leucorrhée, examen gynéco
- Paraclinique : NFS, VS, CRP, bilan MST selon
- A distance si femme jeune : cœlio (+ épreuve au bleu) ou HSG

6-Tétrade des MST
- Recherche autres MST
- Dépistage et traitement du partenaire
- Rapports protégés (préservatif)
- Education et information de la patiente

ACCOUCHEMENT

Sondage urinaire, péridurale, partogramme, affirmer le début du travail
Accouchement par voie basse (céphalique, OIGA) : dilatation, engagement (signe de Farabeuf), descente, rotation, dégagement, épisiotomie, expulsion
Délivrance et examen du placenta, prise en charge du nouveau-né
Surveillance 2 h en salle de travail

1-Mise en condition
- Urgence médicale
- A jeun, 1 VVP
- Electrocardiographie
- **Sondage urinaire** systématique
- Consultation d'anesthésie
- Anesthésie **péridurale**
- **Partogramme** systématique (dilatation, CU, RCF)
- Information et préparation

2-Affirmer le début du travail
- Contractions utérines
- Modifications cervicales (raccourci et dilaté)
- Perte du bouchon muqueux
- Rupture de la poche des eaux

3-Interrogatoire et examen clinique complet

4-Accouchement par voie basse (céphalique, OIGA)
- Col utérin : **dilatation**
- Détroit supérieur : **engagement (signe de Farabeuf)**
- Détroit moyen : **descente, rotation**
- Détroit inférieur : **dégagement** (par mouchage)
- **Episiotomie** préventive selon les cas
- Périnée : **expulsion** (tête, épaule en ant-post)

5-Délivrance et examen du placenta
- Délai inférieur à 30 minutes
- Sous bon éclairage
- Vérifier que le placenta est complet
- Face maternelle et fœtale
- Cordon (2 artères et 1 veine)
- Bactério et anapath selon les cas

6-Prise en charge du nouveau-né

7-Surveillance
- **2 h en salle de travail** minimum
  - avec pouls, TA, saignement, douleurs, globe utérin
- 24 h de façon rapprochée
  - avec cicatrice d'épisiotomie, lochies, urines

PREECLAMPSIE

Décubitus latéral gauche, traitement antihypertenseur
Discuter extraction fœtale
Corticothérapie prénatale si < 34 SA
Surveillance : ROT, RCF, échographie et doppler des artères ombilicales
A distance : prochaine grossesse si forme grave ; aspirine, 100 mg/j

1-Mise en condition
- Urgence médicale, hospitalisation
- 1 VVP, scope cardio-tensionel
- Repos au lit en **décubitus latéral gauche**
- Electro-cardiotocographie
- Liberté des voies aériennes supérieures

2-Traitement antihypertenseur
- Baisse de la TA jamais brutalement et jamais en dessous de 130/80 mmHg
- voie IV si TA > 160/90 mmHg
- ICa ou anti-HTA central

3-Stricte contre-indication à :
- Régime sans sel
- IEC et diurétiques

4-Selon la clinique, extraction fœtale
- Par césarienne
- En cas de mauvaise tolérance maternelle ou fœtale
- En urgence
- Seul traitement efficace

5-Corticothérapie prénatale si < 34 SA

6-Surveillance clinique et paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement
- Maternelle : TA, **ROT**, éclampsie, HRP, HELLP syndrome (signe de Chaussier)
- Fœtale : MAF, **RCF, échographie et doppler des artères ombilicales**

7-A distance
- Bilan complet
- Prévention secondaire à la **prochaine grossesse si forme grave** de prééclampsie (**aspirine, 100 mg/j**, en continu, de 15 à 35 SA)

GROSSESSE CHEZ LA DIABETIQUE

Planifier la grossesse
Régime diabétique,insulinothérapie
Surveillance

1-Contre-indiquée si coronaropathie

2-Planifier la grossesse

Education de la patiente :
- Auto-surveillance
- Auto-adaptation
- Reconnaître une urgence et conduite à tenir

Objectifs gly. :
- Avant la grossesse → AJ : 0.95-1.2 g/L PP : 1.2-1.4 g/L
- Pendant la grossesse → AJ : <0.95 g/L PP : 0.95-1.2 g/L

3-Régime diabétique

Equilibré
Jamais inférieur à 1 800 kcal
50% glucides, 30% lipides et 20% protides
Acides gras (1/3 saturés, 1/3 mono insaturés, 1/3 poly insaturés)
3 repas et 2 collations

4-Insulinothérapie

Arrêt de tout antidiabétique oral
Schéma basal bolus
SC (si échec pompe à insuline)

5-Surveillance régulière

Par diabétologue et obstétricien
Equilibre du diabète : glycémie capillaire, HbA1c, fructosamine
Maternelle : ophtalmo, néphro, cardiovasculaire
Fœtale : échographie, RCF

6-Accouchement par voie basse

Sauf CI : rétinopathie diabétique
Sous insulinothérapie IVSE
Avec glycémie capillaire toutes les 1/2 h
De façon programmée

7-Post-partum

Micro-progestatifs
Insuline à adapter
Allaitement à conseiller
Surveillance du diabète à continuer

ANTICOAGULANTS ET GROSSESSE

<u>REGLES DE L'ANTICOAGULATION</u>
AVK : CI
Héparine non fractionnée : autorisée
<u>Avant la grossesse et au premier trimestre :</u>
Arrêt des AVK, HBPM ou héparine standard sous-cutanée : Calciparine®
<u>En post-partum :</u>
Si allaitement : Calciparine®

I-REGLES DE L'ANTICOAGULATION

HBPM : autorisée
AVK : CI le 1er et 3ème trimestre
Héparine non fractionnée : autorisée

II-CONDUITE A TENIR DURANT LA GROSSESSE

1-Avant la grossesse et au premier trimestre

Arrêt des AVK !!!
Relais classique
HBPM ou héparine standard sous-cutanée : Calciparine®
Surveillance :
- TP, INR (pour le relais)
- NFS, plaquettes et TCA (si HNF) ou anti-Xa
- A la 4ème heure, puis 2/sem le 1er mois, puis 1/sem

2-Au second trimestre

Arrêt héparine
Relais classique
AVK type Sintrom®
Surveillance :
- INR, NFS, plaquettes
- INR à 48 h, à 48 h après équilibration, puis 1/sem

3-Au troisième trimestre

Idem avant la grossesse

4-En post-partum

Si allaitement : Calciparine®
Si pas allaitement : AVK

Le plus simple : héparine toute la grossesse

HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE

<u>Mesures préventives :</u>
Sondage urinaire, ocytociques, de la physiologie de la délivrance
<u>Mesures curatives :</u>
Traitement d'un choc hypovolémique : bilan pré-transfusionnel
Révision utérine ; sous valves ; prostaglandines (Nalador®) ; embolisation ; ligature des artères utérines ; hystérectomie d'hémostase

Mesures préventives	1-Accouchement médicalisé 2-**Sondage urinaire** systématique !!! 3-**Ocytociques** type Syntocinon® en IVD lors du dégagement des épaules 4-**Respect de la physiologie de la délivrance** : -Attendre une délivrance spontanée -Pas de traction sur le cordon -Révision utérine en l'absence d'expulsion au bout de 30 minutes 5-Suture épisiotomie ou de toutes plaies de la filière génitale 6-Surveillance systématique 2 h en salle de travail
Mesures curatives	1-Mise en condition : -Urgence médicale, pronostic vital -O2 nasal fort débit -2 VVP, scope cardiotensionnel 2-**Traitement d'un choc hypovolémique :** -Macromolécules ou sérum phy. -Drogues vaso-actives en dernier recours -Après bilan **pré-transfusionnel,** commande de culots globulaires iso groupe et iso rhésus 3-Traitement étiologique à disposition : -**Révision utérine** sous stricte asepsie + AB -Massage utérin -Examen **sous valves** et suture des plaies -Ocytociques (Syntocinon®) -**Prostaglandines (Nalador®)** -**Embolisation** sélective des artères utérines -**Ligature des artères utérines** -**Hystérectomie d'hémostase** 4-Surveillance clinique et paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement (quantité de culots globulaires transfusés et signes de choc)

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

<u>Condition légale (loi du 4 juillet 2001) :</u>
14 sa ; 1ère consultation ; 2ème consultation ; demande d'IVG ; déclaration
<u>Traitement médical :</u>
-Antiprogestérone RU486® ; prostaglandines Cytotec® ; immunoglobulines anti-rhésus D ; contraceptif ; soutien psychologique ; écho à J15
-Aspiration à la canule ; immunoglobulines anti-rhésus D ; contraceptif ; soutien psychologique ; écho à J15

Condition légale (loi du 4 juillet 2001)	1-Terme inférieur à **14 sa** 2-**1ère consultation :** information, dossier guide, certificat 3-**2ème consultation :** expliquer les modalités, 2ème certificat 4-Consultation sociale obligatoire pour les mineures 5-**Demande d'IVG :** nominale, écrite et signée 6-**Déclaration** à la DDASS 7-Etablissement agréé 8-Médecin qualifié
Traitement médical	<u>1er cas : « terme inférieur à 7 sa = traitement médical »</u> 1-**Antiprogestérone RU486®** mifepristone 2-**Prostaglandines Cytotec®** 3-Antalgiques, antispasmodiques 4-**Immunoglobulines anti-rhésus D** 5-**Contraceptif** au décours 6-Soutien **psychologique** 7-Contrôle **écho à J15**
	<u>2eème cas : « terme entre 7 sa et 14 sa = traitement chirurgical »</u> 1-Consultation **anesthésie** (AG ou AL) 2-Prostaglandines Cytotec® en pré-chirurgical 3-Au bloc opératoire 4-Dilatation à la bougie 5-**Aspiration à la canule** 6-Antalgiques, antispasmodiques 7-**Immunoglobulines anti-rhésus D** 8-**Contraceptif** au décours 9-Soutien **psychologique** 10-Contrôle **écho à J15**
Mesures associées	1-Education de la patiente 2-Suivi psychologique 3-Surveillance gynécologique

ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION PAR FIV

Condition légale (loi du 29 juillet 1994) : infertiles ; plus de 2 ans ; consentement écrit
Information de la patiente
Traitement médical :
Stimulation de l'ovulation , monitoring, recueil de gamètes, mise en culture, transfert in utéro, β-HCG

1-Condition légale (loi du 29 juillet 1994)
Couples **infertiles** vivants
En âge de procréer
Marié ou concubin depuis **plus de 2 ans**
En centre spécialisé agréé
Par un médecin spécialiste qualifié
Consentement écrit

2-Information de la patiente
Compréhensible
Sur rapport bénéfices/risques
Sur risque d'échec et de grossesses multiples
Sur le déroulement de la FIV
Prise en charge **psychologique**

3-Stimulation de l'ovulation
Agoniste GnRH (Décapeptyl®) : désensibilisation ovarienne
FSH : recrute, maintient et développe plusieurs follicules
Monitoring avec surveillance écho et hormonale (LH, E2)
Gonadotrophine chorionique HCG : simule le pic de LH et déclenche l'ovulation

4-Recueil de gamètes
Femme : ovocytes matures recueillis par ponction trans-vaginale
Homme : sperme du conjoint (ou donneur)

5-Mise en culture
In vitro
Sur milieu de culture
Jusqu'au stade blastomère

6-Transfert in utéro
48 h après la ponction
Avec un cathéter
2 (à 3) embryons

7-En post-transfert
Surveillance rapprochée
β-HCG systématique à J15
Progestatif durant plusieurs semaines

CANCER DE L'OVAIRE

Exérèse maximale ; anatomopathologie
Chimiothérapie
CA125
Triade du cancer

<table>
<tr><td rowspan="1">Chirurgie 1er look</td><td colspan="2">1-But : diagnostic
-Bilan d'extension
-Thérapeutique : exérèse maximale !!!
2-Principe :
-Laparotomie médiane xyphoïdo-pubienne
-Prélèvement cytologique péritonéal
-Biopsies multiples (péritoine, gouttières...)
-Hystérectomie totale
-Annexectomie bilatérale
-Omentectomie
-Lymphadénectomie pelvienne et lombo-aortique
-Extemporané, limites d'exérèse
-Anatomopathologie définitive
-Appendicectomie</td></tr>
<tr><td>Chimiothérapie</td><td colspan="2">Sels de platines ± taxanes</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Bilan complet et conduite à tenir</td><td colspan="2">1-Clinique
2-Biologique : CA125, ACE
3-Radiologique :
-TDM abdomino-pelvienne
-Echographie pelvienne
-Rx de thorax
4-Conduite à tenir :</td></tr>
<tr><td>Résection totale</td><td>Résection non totale</td></tr>
<tr><td>-Surveillance</td><td>1-Si rémission à 3 cures de chimio :
-Chirurgie d'intervalle
-Puis 3 nouvelles cures
2-Si non rémission :
-3 cures de chimio
-Bilan à nouveau</td></tr>
<tr><td>Triade du cancer</td><td colspan="2">1-Psychothérapie de soutien
2-100% +/- exonération du ticket modérateur
3-Association de malades</td></tr>
<tr><td>Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement à vie</td><td colspan="2">1-Examen clinique :
-Etat général
-Local (examen gynécologique)
-Régional (aires ganglionnaires)
-Métastatique
2-Biologie : marqueurs tumoraux
3-Morphologique tous les ans :
-Rx de thorax
-Echo hépatique et BHC
-Scanner abdomino-pelvien</td></tr>
</table>

***NB** : chirurgie de 1er et 2ème look n'existe plus*

CANCER DE L'ENDOMETRE

Traitement selon les classifications de FIGO : FIGO 1 et 2 ; FIGO 3 et 4
Triade du cancer
Contre-indication stricte au THS

1-Traitement selon les classifications de FIGO

FIGO 1 et 2	FIGO 3 et 4
1-Chirurgie : -Hystérectomie totale -Annexectomie bilatérale -Curage gg 2-Radiothérapie externe si N+, envahissement myomètre > 50% Grade histo > III 3-Curiethérapie vaginale post-op :discuter si T. proche du col	1-Reduction tumorale max. 2-Radiothérapie externe 3-Curiethérapie 4-Chimiothérapie (selon)

2-Triade du cancer

Psychothérapie de soutien
100% +/- exonération du ticket modérateur
Association de malade

3-Contre-indication stricte au THS

4-Surveillance clinique et paraclinique tolérance et efficacité du traitement (penser à écho rénale à J10, frottis)

NB :

Utérus pas à la mode (surtout dans les annales de 1990)
Actuellement apprenez :
- Parfaitement le sein (TNM !!!)
- L'ovaire (car en augmentation)
- Le dépistage du col (frottis cervico-vaginaux et colposcopie avec comme mots clé : acide acétique puis Lugol = test de Schiller, zone de jonction, biopsies et annapath)

CANCER DU COL

Traitement selon le stade TNM :
- Carcinome in situ, Ia
- ≤ 4 cm (≤ stade Ib1) : curiethérapie ; Wertheim
- > 4 cm (> stade Ib2) ou N+ : radio-chimiothérapie concomitante ; Wertheim

Triade du cancer
Recherche de MST

1-Traitement selon le stade TNM

Carcinome in situ, Ia	≤ 4 cm (≤ stade Ib1)	> 4 cm (> stade Ib2) ou N+
1-Conisation 2-Anatomopathologie 3-CAT selon les limites d'exérèse	1-**Curiethérapie** utéro-vaginale pré-opératoire 2-**Wertheim** 3-Radiothérapie externe	1-**Radio-chimiothérapie concomitante :** -Radiothérapie externe pelvienne -Chimiothérapie -Curiethérapie utéro-vaginale si grosse T. 2-**Wertheim** (fct° réponse qd > IIb)

Wertheim :
- Colpohystérectomie élargie (hystérectomie non systématique)
- Lymphadénectomie ilio-obturatrice
- Annexectomie (selon)
- Transposition ovarienne (âge < 40 ans, tumeur < 2 cm)

2-Triade du cancer
- Psychothérapie de soutien
- 100% +/- exonération du ticket modérateur
- Association de malades

3-Correction de troubles de la statique pelvienne
- Bilan urodynamique à discuter
- Rééducation périnéale
- Antibioprophylaxie

4-Recherche de MST

5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement à vie
- UIV à J10
- Examen clinique :
  - Etat général
  - Local (examen gynécologique)
  - Régional (aires ganglionnaires)
  - Métastatique
  - Frottis de la cicatrice
- Biologie : marqueurs
- Morphologique tous les ans :
  - Rx de thorax
  - Echo hépatique et BHC
  - Scanner abdomino-pelvien

CANCER DU SEIN

Traitement selon TNM
Hormonothérapie : anti-Her2
Contre-indication au THS et aux œstroprogestatifs
Triade du cancer

1-Traitement selon TNM

T1, T2 ≤ 3 cm	T2 > 3 cm*, T3
1-**Tumorectomie élargie** 2-**Extemporané** 3-**Curage ganglionnaire axillaire homolatéral** 4-**Anatomopathologie** définitive avec dosage des récepteurs hormonaux !!! 5-**Radiothérapie externe mammaire** 6-Si N+ : chimiothérapie post-opératoire (radiothérapie externe sur chaînes sus-claviculaire et mammaires internes si localisé dans le quadrant interne)	1-**Mastectomie** 2-**Extemporané** 3-**Curage ganglionnaire axillaire homolatéral** 4-**Anatomopathologie** définitive avec dosage des récepteurs hormonaux !!! 5-**Chimiothérapie**** adjuvante 6-Si N+ et localisé dans le quadrant supéro-interne : radiothérapie externe sur chaînes sus-claviculaire et mammaires internes

T4 : CI chirurgie première → chimio et anti-Her2

**Chimiothérapie : « FAC » ou taxanes
- FU
- Adriamycine
- Cyclophosphamide

2-Hormonothérapie si récepteurs œstrogènes et/ou progestatifs sont +
Anti-Her2 si récepteurs Her2 présents

3-Contre-indication au THS et aux œstroprogestatifs

4-Triade du cancer
- Psychothérapie de soutien
- 100% +/- exonération du ticket modérateur
- Association de malades

5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement à vie
- Examen clinique :
  - Etat général
  - Local (seins : bilatéral et comparatifs)
  - Régional (aires ganglionnaires)
  - Métastatique (foie, os, neuro)
- Biologie :
  - Marqueurs tumoraux (CA 15-3, ACE)
  - NFS, VS, calcémie
- Morphologique tous les ans :
  - Rx de thorax
  - Echo hépatique et BHC
  - Mammographie bilatérale

DEPISTAGE DES CANCERS DU SEIN ET DU COL

SEIN : mammographie : /2 ans ; de 50 à 74 ans ; bilatérale et comparative ; 2 incidences, double lecture des clichés par deux radiologues différents.
COL : frottis cervico-vaginaux ; 2 frottis la 1ère année, puis 1 frottis/3 ans (si normaux) ; du 1er rapport à 65 ans

SEIN	1-Auto-palpation après les règles 2-Examen clinique des seins : -A chaque consultation -Par gynécologue 3-**Mammographie :** **-/2 an** **-De 50 à 74 ans** **-Bilatérale et comparative** **-2 incidences** (face, oblique externe)

COL	-**Frottis cervico-vaginaux :** **-2 frottis la 1ère année, puis 1 frottis/3 ans (si normaux)** **-Du 1er rapport à 65 ans** -En dehors de : saignement, infection et inflammation -3 prélèvements : exocol, endocol, cul-de-sac vaginal postérieur -Etude cytologique -Si anomalie = colposcopie (état frais, acide acétique, Lugol/test de Schiller, biopsies dirigées, anatomopathologie)

CONTRACEPTION

DISPOSITIFS INTRA-UTERINS
Contre-indications : salpingite, GEU ; valvulopathie
Complications possibles : salpingite, GEU (+++) ; hémorragie
CONTRACEPTION ŒSTROPROGESTATIVE
Effets secondaires : glucose, triglycérides ; accidents thrombo-emboliques ; nausées, céphalées
Glycémie à jeun, cholestérol total, HDL cholestérol, triglycérides
Indice de Pearl
Contraception en urgence :
Norlevo® ; sans ordonnance, 1er cp dans les 72 h ; éduquer
Oubli d'un cp :
Oubli < 12 h : prise du cp et continuer la contraception normalement

I-DISPOSITIFS INTRA-UTERINS

Contre-indications	1-Grossesse, post-partum immédiat 2-Antécédent de **salpingite, GEU** 3-**Béance** cervico-isthmique, malformation utérine 4-Anomalie de la crase sanguine, anticoagulant 5-Maladie de Wilson (si stérilet en cuivre) 6-AINS au long cours 7-**Valvulopathie**
Méthode pour poser un stérilet	1-En l'absence de contre-indications et après examen gynécologique 2-Sous bon éclairage, en position gynécologique 3-Mise en place du spéculum 4-**Désinfection** du col et des culs-de-sac vaginaux 5-**Hystérométrie** et régler l'inserteur 6-Pose du stérilet 7-Couper le fil à 2 cm du col 8-**Informer** la patiente : -Pas AINS, pas anticoagulant -Efficace 5 ans -Consulter si : salpingite, hémorragies génitales sévères, grossesse 9-Surveillance (position du DIU au bout d'un cycle)
Complications possibles	1-Malaise vagal 2-Grossesse 3-**Salpingite, GEU (+++)** 4-Expulsion, **hémorragie,** perforation 5-Douleurs

II-CONTRACEPTION ŒSTROPROGESTATIVE

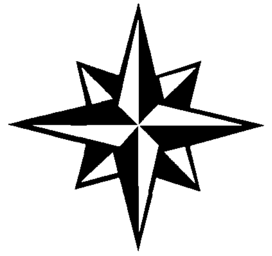
Contre-indications	1-Grossesse, allaitement 2-ATCD de thromboses veineuses et artérielles 3-Insuffisance cardiaque, artériopathie 4-HTA, dyslipidémie, tabac, diabète 5-Hépatopathies 6-Lupus, otospongiose
Effets secondaires	1-Intolérance au **glucose,** augmentation des **triglycérides,** prise de poids 2-Hypercoagulabilité, accidents **thrombo-emboliques** 3-**Nausées, céphalées,** mastodynies 4-HTA 5-Acné, séborrhée 6-Métrorragies inter-menstruelles 7-Candidoses, chloasma, lourdeur de jambes
Mise en place du traitement	1-Interrogatoire : **CI, information** 2-Examen clinique : poids, TA, sein, examen gynéco, examen général, FCV 3-Information de la patiente 4-Mise en route du traitement dès le 1er jour du cycle 5-Surveillance biologique à 3 mois : **glycémie à jeun, cholestérol total, HDL cholestérol, triglycérides** 6-**Surveillance** clinique à 3 mois puis de façon régulière tous les ans 7-Si imprégnation œstrogénique plus forte (syndrome prémenstruel, règles abondantes, céphalées, vomissements, mastodynies…) changer en faveur d'une pilule à climat progestatif prédominant (Trinordiol®)

Evaluation de l'efficacité des contraceptions	-**Indice de Pearl** -En pourcentage année/femme -Nombre de grossesse × 12 × 100/nombre de mois d'exposition

Indications des contraceptions	-**Nullipare : œstroprogestatifs** -**Multipare : stérilet** -**Contre-indication (lupus !!!…) : micro-progestatifs** -Urgence : Norlevo®

Contraception en urgence	1-En urgence après un rapport sexuel, en l'absence de mode de contraception efficace 2-**Norlevo®** : progestatif de 3ème génération 3-**Sans ordonnance,** en vente libre en pharmacie 4-**1er cp dans les 72** h (à prendre le plus tôt possible), 2ème comprimé 12 h après 5-Aucune CI 6-**Eduquer** la patiente sur MST et contraception

Oubli d'un cp	-**Oubli < 12 h : prise du cp et continuer la contraception normalement** -Oubli > 12 h : continuer la plaquette et utiliser le préservatif



HEMATOLOGIE



ANEMIE

ANEMIE PAR CARENCE MARTIALE
Fumafer®, **6** mois
Effets secondaires : selles noires ; abdo
Causes d'échec : erreur ; anémie mixte ; malabsorption ; persitance de la cause
MALADIE DE BIERMER
A vie ; vitamine B12 ; FOGD/2a
ANEMIE HEMOLYTIQUE AUTO-IMMUNE
Traitement symptomatique d'une anémie mal tolérée ; traitement étiologique ; folates ; corticoïdes ; éviter le froid
DREPANOCYTOSE HOMOZYGOTE / CVO
Prévention des CVO : éviction des facteurs déclenchants ; vaccins (Oracilline®) ; folates ; conseil génétique
Traitement des CVO : réchauffement, oxygénothérapie, hydratation ; antalgique : palier III ; antibiothérapie ; folates ; mesures préventives

I-ANEMIE PAR CARENCE MARTIALE

Traitement	Effets secondaires	Causes d'échec
1-**Fumafer**® (3 cp) -Doses : 200 mg/j -Durée : **6 mois** 2-Informer : selles noires 3-Surveillance : -Effets secondaires -NFS, ferritinémie à 6 m	1-**Selles noires** **2-Diarrhée/constipation** 3-Nausées/dl **abdo** 4-Céphalées/vertige	1-**Erreur** diagnostique 2-Anémie **mixte** 3-Compliance **4-Malabsortion** 5-Sous-dosage 6-Persitance de la **cause**

II-MALADIE DE BIERMER / ANEMIE HEMOLYTIQUE AUTO-IMMUNE

Maladie de Biermer	Anémie hémolytique auto-immune
1-**A vie** 2-**Vitamine B12 :** -Attaque : 1000 µg/j durant 10 j -Entretien : 1000 µg/j tous les 2 m 3-Fer 4-Surveillance : -Clinique -NFS -**FOGD/2a** (K de l'estomac ?)	1-Traitement **symptomatique d'une anémie mal tolérée** (transfusion peu efficace !) 2-Traitement **étiologique** 3-**Folates** 4-Si idiopathique : (Ac chaud) -**Corticoïdes** (po, 1 mg/kg/j, 1 m) -± Echanges plasmatiques en aigu -Immunosuppresseur -Splénectomie 5-Si agglutinines froides : (Ac froid) -**Eviter le froid** -± Echange plasmatique en aigu 6-Surveillance

III-DREPANOCYTOSE HOMOZYGOTE / CVO

Prévention des CVO	Traitement des CVO
1-Eviction des **facteurs déclenchants** 2-Prévention des infections : -**Vaccins :** Pneumocoque Hæmophilius Hépatite B -Pénicilline V (**Oracilline**®) -Si fièvre : Antipyrétiques Consulter en urgence 3-**Folates** 4-**Conseil génétique,** diagnostic anténatal 5-Surveillance à vie	1-Mise en condition : -Urgence, hospitalisation -Repos au lit, **réchauffement** -**Oxygénothérapie** -**Hydratation** IV et po 2-**Antalgique :** -**Palier III** -AINS 3-**Antibiothérapie :** -Après prélèvements -C3G IV 4-En cas de complications graves : -Saignée-transfusion -Echange transfusionnel 5-**Folates** 6-Surveillance 7-Mesures **préventives** au décours (cf.)

AGRANULOCYTOSE MEDICAMENTEUSE

ARRET A VIE du médicament
Isolement protecteur
Antibiothérapie si syndrome infectieux : β-lactamine à large spectre (Tazocilline®) et aminoside (Amiklin®)
Facteurs de croissance
CI du médicament à vie ; liste ; pharmacovigilance

1-ARRET A VIE du médicament

2-Mise en condition
- Urgence. hospitalisation
- Aseptie stricte :
  - **Isolement protecteur** (stérile si possible)
  - Mesures associées : masques, surblouse, désinfection

3-Antibiothérapie si syndrome infectieux
- Après les prélèvements, sans attendre les résultats
- Double, bactéricide, synergique
- En l'absence d'allergie
- **β-lactamine à large spectre (Tazocilline®) et aminoside (Amiklin®)**
- Si choc septique : tri-antibiothérapie + remplissage ± drogues vaso-actives
- Si fièvre persistante à 48 h : vancomycine
- Si fièvre persistante à 72 h : antifongique (Amphotéricine B)

4-Facteurs de croissance (Neupogen®)

5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement
- Clinique : pouls, TA, T°, signes infectieux
- Paraclinique : NFS, urée, créat, prélèvements bactériologiques

6-Mesures spécifiques
- **1- CI du médicament à vie**
- Education du patient : proscrire toute auto-médicamentation
- **Liste** des médicaments CI à la sortie
- Alerter la **pharmacovigilance**

***NB** : restez classiques sur le type d'antibiothérapie pour l'ENC, sachez cependant qu'une monothérapie par C3G est plutôt réalisée en pratique.*

PURPURA THROMBOPENIQUE IDIOPATHIQUE

Traiter une hémorragie locale
Mesures préventives d'une thrombopénie : pas d'IM et de gestes invasifs ; pas d'aspirine ni anticoagulant
Traitements disponibles : corticoïdes ; immunoglobulines ; transfusions de plaquettes ; splénectomie
Mise en place du traitement
Aigu : < 20 000 et sd hémorragique : corticoïdes, immunoglobulines
Chronique : < 50 000 et > 6 mois : splénectomie

1-Urgence, hospitalisation

2-Traiter une hémorragie locale

3-Mesures préventives d'une thrombopénie
Pas d'activité traumatique
Pas d'IM et de gestes invasifs
Pas d'aspirine ni anticoagulant
Contraception

4-Traitements spécifiques

Traitements disponibles	Mise en place du traitement
Corticoïdes	-Mesures associées (cf.) -1 mg/kg/j pour 3 sem
Immunoglobulines	-1 g/kg/j pour 5 j
Transfusions de plaquettes	Uniquement si mort imminente
Splénectomie	-Après épreuve isotopique de plaquettes -Après vaccination anti-pneumocoque et HIB -Oracilline® 3 MUI/j

Indications		Traitements
Aigu	**< 20 000 et sd hémorragique**	**1-Corticoïdes** **2-Immunoglobulines**
	< 20 000	Corticoïdes (ou Immunoglobulines)
	> 50 000	Abstention
Chro	**< 50 000 et > 6 mois**	**Splénectomie**

5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement
Clinique : purpura, hémorragies, cortocorésistance ou dépendance
Paraclinique : plaquettes

***NB** : rappel de définitions :*
-Corticorésistance : échec à 8 j
-Corticodépendance : rechute à l'arrêt de la corticothérapie
-PTI chronique : durée > 6 mois

TRANSFUSION SANGUINE

Accord du patient
Groupage ABO, RAI, rhésus : méthode 2 x 4
Sérologies pré-transfusionnelles : VIH 1 et 2, Hép C, Hép B (Ag Hbs, Ac anti-Hbc), ALAT, syphilis
Contrôle ultime au lit du malade : Beth Vincent
Transfusion sanguine : Isogroupe, Iso rhésus ; déleucocyté et phénotypé
Surveillance de la transfusion au lit du malade
Contrôle des sérologies virales 3 mois plus tard

1-Accord du patient

2-Groupage ABO, RAI, rhésus

2- **Méthode 2 x 4 :**
- 2 techniques
- 2 techniciens différents
- 2 lots de réactifs différents
- 2ème échantillon prélevé par une autre personne

RAI de moins de 3 j
Phénotypage complet (si : femme avant ménopause, déjà alloïmunisée, polytrauma, hémopathies)

3-Sérologies pré-transfusionnelles

3- **VIH 1 et 2, Hép C, Hép B (Ag Hbs, Ac anti-Hbc), ALAT, syphilis**

4-Contrôle ultime au lit du malade

Identité poche/patient et carte de groupe
Dernier test : **Beth Vincent**
Vérifié par un médecin

5-Transfusion sanguine

Isogroupe, isorhésus
Déleucocyté et phénotypé
± Irradié et déplasmatisé

6-Surveillance de la transfusion au lit du malade

7-Contrôle des sérologies virales 3 mois plus tard

VIH 1 et 2, Hép C, Hép B (Ag Hbs, Ac anti-Hbc), ALAT, syphilis

ACCIDENTS DES ANTICOAGULANTS

HEMORRAGIE SOUS ANTICOAGULANTS
HEPARINE :
Hémorragie mineure : arrêt ; TCA
A ajouter si hémorragie majeure : sulfate de protamine
AVK :
Hémorragie mineure : arrêt ; INR
A ajouter si hémorragie majeure : vit K IV ; PPSB IV
THROMBOPENIE IMMUNO-ALLERGIQUE A L'HEPARINE
Arrêt de l'héparine
Affirmer le diagnostic
Héparinoïde de synthèse
AVK de courte durée de vie
Surveillance : anti-Xa, plaquettes, INR
CI à VIE des HNF et HBPM

I-HEMORRAGIE SOUS ANTICOAGULANTS

	HEPARINE	AVK
Hémorragie mineure	-Traitement d'une hémorragie -**Arrêt** de l'héparine -Contrôle du **TCA**	-Traitement d'une hémorragie -**Arrêt** des AVK -Contrôle **INR** -Vit K per os (INR > 5)
A ajouter si hémorragie majeure	-**Sulfate de protamine** si HNF (TCA > 5)	-**Vit K IV** (INR > 9) -**PPSB IV** (INR > 9)

II-THROMBOPENIE IMMUNO-ALLERGIQUE A L'HEPARINE

1-Arrêt de l'héparine

2-Affirmer le diagnostic
Anticorps anti-PF4
Test d'agrégabilité plaquettaire

3-Héparinoïde de synthèse (Orgaran®)

4-AVK de courte durée de vie

5-Surveillance : clinique, **anti-Xa, plaquettes, INR**

6-Education du patient : CI à VIE des HNF et HBPM

TRAITEMENT DES HEMOPATHIES MALIGNES

<u>REGLES PRE-CHIMIOTHERAPIE :</u>
Informer ; PAC
Prévention des complications : Sd de lyse ; vomissements : antiémétique ; alopécie : casque froid ; infections ; dépression : soutien psychologique
Bilan pré-cure
<u>POLYGLOBULIE :</u>
Zyloric® et Vichy®, Aspégic® ; saignées ; phosphore 32
<u>MYELOME :</u>
Biphosphonates ; stade I : abstention, Stade II ou III < 65 a : vincristine, adryamicine, Dectancyl®, allo-greffe ; stade II ou III > 65 a : Méphalan, Corticothérapie ; CI injection d'iode
<u>MALADIE DE HODGKIN :</u>
Cryoconservation de sperme ; adriamycine, bléomycine, vinblastine, Deticène®
<u>LLC :</u>
Stade A : abstention, stade B ou C + sujet jeune : CHOP LLC ou fludarabine, stade B ou C + sujet âgé : chloraminofène ; traitement des complications

I-REGLES PRE-CHIMIOTHERAPIE

1-Mise en place

Prise en charge à 100%
Informer le patient
Pose d'un **PAC**

2-Prévention des complications

Sd de lyse	1-Hyperhydratation 2-PAS d'alcalinisation* systématique 3-Fasturtec®*
Vomissements	**Antiémétique :** -Primpéran® -Zofren® si échec ou chimio très émétisante
Alopécie	**Casque froid** (dans la maladie de Hodgkin)
Infections	1-Traitement d'une infection en cours ± retarder la chimiothérapie 2-Dépistage des foyers infectieux et traitement
Dépression	Soutien **psychologique**

3-Bilan pré-cure

Clinique : AEG, sd tumoral, foyers infectieux
Biologique : NFS, plq, VS, CRP, groupage, BHC, fonction rénale, iono sg, uricémie, écographie cardiaque
CECOS

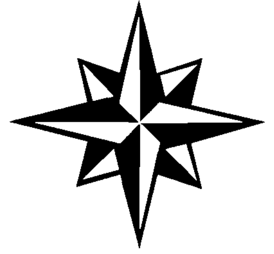
***NB 1 :** alcalinisation des urines SEULEMENT SI risque de lithiases uriques*
***NB 2 :** utiliser le Fasturtec® (l'Uricozyme® n'existe plus !!!)*

II-POLYGLOBULIE/MYELOME

Polyglobulie	1-Traitement symptomatique : -Hypo-uricémiant **(Zyloric®) et Vichy®** -Aspirine **(Aspégic®)** 2-Traitements spécifiques : -Jeunes : **saignées** (en l'absence de thrombocytose) -Agés : **phosphore 32** (risque leucémogène) -± Chimiothérapie (Hydréa®) 3-Règles de pré-chimiothérapie (si chimiothérapie) 4-Surveillance à vie
Myélome	1-Traitement des complications (reins, infections...) 2-Traitement symptomatique : -**Biphosphonates** -Antalgiques -± EPO 3-Traitement spécifique : -Stade **I : abstention** thérapeutique -Stade **II ou III < 65 a :** Chimiothérapie **(vincristine, adryamicine, Dectancyl®)** Collecte de CSP Chimiothérapie (Méphalan) **Allo-greffe** de cellules souches périphériques -Stade **II ou III > 65 a :** Chimiothérapie **(Méphalan)** **Corticothérapie** 4-Règles de pré-chimiothérapie (si chimiothérapie) 5-Vaccin anti-pneumocoque et H. Infl. 6-Surveillance à vie **7-CI injection d'iode**

III-MALADIE DE HODGKIN/LLC

Maladie de Hodgkin	1-Règles de pré chimiothérapie 2-**Cryoconservation de sperme** 3-Chimiothérapie : **-Adriamycine** **-Bléomycine** **-Vinblastine** **-Deticène®** 4-Surveillance à vie
LLC	1-Règles de chimiothérapie si chimiothérapie 2-Traitement spécifique : -Stade **A : abstention** -Stade **B ou C + sujet jeune : CHOP LLC** (cyclophosphamide, adriamycine, vincristine, prednisone) ou **fludarabine** -Stade **B** ou **C +sujet âgé : chloraminofène** 3-Traitement des **complications** : -Insuffisance médullaire : transfusion -Infection : vaccins, éradications des foyers infectieux -Manifestation auto-immune grave : corticoïde, arrêt fludarabine 4-Surveillance à vie



HEPATO-GASTRO



TRAUMATISME ABDOMINAL

<u>Fracture de rate :</u>
Choc hémorragique ; groupage, transfusion
Laparotomie, geste conservateur, splénectomie si échec
Antibioprophylaxie, vaccination ; nombre de CG, plaquettes
<u>Contusion pancréatique :</u>
Réa, pancréas au repos ; nutrition parentérale, antalgique
Chirurgical si complications, drainage de foyers de nécroses

Fracture de rate	1-Mise en condition : -Urgence, Réa -2 vvp, monitoring cardio-tensionnel, SNG, SU... -Correction du **choc** hémorragique (macromolécules) -**Groupage** complet et **transfusion** 2-Traitement chirurgical selon l'état hémodynamique -**Laparotomie** -Exploration -**Geste conservateur :** suture, colle, filet... -**Splénectomie si échec** 3-Traitement médical préventif (si splénectomie) : -**Antibioprophylaxie** par Oracilline® 1 MUI/j -**Vaccination** antipneumococcique 4-Traitement d'une thrombocytose (due à une splénectomie) -Aspirine -Hydéra® (si importante) 5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement : -Clinique : **nombre de CG** (+++), hémodynamique, infectieux, cicatrice -Paraclinique : **plaquettes** (+++), Hb...
Contusion pancréatique	1-Mise en condition : -Urgence, **Réa** -Monitoring cardio-tensionnel, SU... -Rééquilibration hydro-électrolytique -**Pancréas au repos** : arrêt de l'alimentation orale, SNG 2-Traitement médical : -**Nutrition parentérale** (sur VVC) -**Antalgique** -Anti-sécrétoire 3-Traitement **chirurgical si complications :** -**Drainage de foyers de nécroses** -Hémostase d'une ulcération vasculaire -Duodéno-pancréatectomie céphalique 4-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement : -Clinique : constantes, aspiration gastrique, gly -Bio : gly, lipase, iono, calcémie, transaminases -Morphologique : **écho et scanner abdo**

SYNDROME OCCLUSIF

A jeun, SNG
Strangulation :
Bride : section ; résection si nécrose
Volvulus : détorsion ; (Meckel)
Hernie étranglée : résection du sac herniaire ; réintégration des viscères ; réfection pariétale
Obstruction :
Cancer : colostomie de proche amont ou stent ou colectomie ; colectomie à J15
Iléus biliaire : entérotomie ; exérèse du calcul ; voies biliaires
Sigmoïdite
Invagination :
Désinvagination

1-Mise en condition
Hospitalisation en **chirurgie digestive**
Information du patient
A jeun, SNG, bilan pré-opératoire

2-Traitement chirurgical
Antibioprophylaxie
Sous stricte asepsie
Incision
Exploration
Traitement spécifique

Strang	**Bride**	-Traitement médical (AJ, SNG) 24 h avec surv. régulière -Chir. si échec ou complication -**Section** de la bride **-Résection si nécrose**
	Volvulus	-**Détorsion** du volvulus -Résection si nécrose -Traitement d'une étiologie **(Meckel)**
	Hernie étranglée	**-Résection du sac herniaire** -Résection si nécrose -**Réintégration des viscères** -**Réfection pariétale** (Shouldice, Mac Vay)
Obstru	**Cancer**	**-Colostomie de proche amont ou stent ou colectomie** -**Colectomie à J15,** anastomose, curage -Extemporané et anapath définitive -(±) Résection hépatique si méta hépatique -(±) Chimiothérapie
	Iléus biliaire	**-Entérotomie** -**Exérèse** du calcul -Sutures des **voies biliaires** (dans un 2ème temps)
	Sigmoïdite	En aiguë : -Antibiothérapie A distance : -Coloscopie (cancer ?) -Sigmoïdectomie -Anastomose colo-rectale
Invagi		**-Désinvagination** -Résection si nécrose

3-Surveillance clinique ± paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement : (transit, cicatrice, drainage...)

PERITONITE

Antibiothérapie, à jeun
Traitement chirurgical : prélèvements bactériologiques
Traitement étiologique, toilette péritonéale
Drainage

1-Mise en condition
Urgence
Hospitalisation en **chirurgie digestive**
Traitement d'un **choc** septique : macromolécules et drogues vasopressives
A jeun, bilan pré-opératoire minimal

2-Traitement médical : antibiothérapie
Probabiliste secondairement adaptée à l'antibiogramme
IV, double (voire triple), bactéricide, synergique
3 sem

3-Traitement chirurgical
Laparotomie
Prélèvements bactériologiques
Traitement étiologique

Appendicite	**-Appendicectomie** -Anapath (tumeur carcinoïde ?)
UGD	<u>Gastrique :</u> **-Exérèse suture ou gastrectomie partielle** **-Anapath** -Antiulcéreux : amox, clarythromycine, Mopral® <u>Duodénal :</u> -Suture -Antiulcéreux : amox, clarythromycine, Mopral®
Cholécystite	**-Cholecystectomie** -Anapath
Grêle	-Résection anapath -Anastomose -Anapath
Colique	-Colectomie -Protégée par une stomie -Rétablissement de la continuité dans un second temps -Anapath
Génitale	-Cf. gynécologie

Toilette péritonéale :
Sérum + Bétadine® chauds
Péritoine, Douglas, gouttières pariétocoliques
Ablations des fausses membranes
Drainage (sauf exception)

4-Surveillance clinique et paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement

HERNIE PARIETALE

Résection du sac herniaire, réfection pariétale
Inguinale : Shouldice
Crurale : Mac Vay
Récidive : plaque
Ombilicale

1-Mise en condition
Hospitalisation en chirurgie digestive
Information du patient
A jeun, bilan pré-opératoire

2-Traitement chirurgical
Résection du sac herniaire
Réfection pariétale

Inguinale	→ Intervention de **Shouldice :** -Suture du fascia transversalis -Abaissement du tendon conjoint sur l'arcade crurale
Crurale	→ Intervention de **Mac Vay :** -Abaissement du tendon conjoint sur le ligament de Cooper
Récidive	**Plaque** prothétique
Ombilicale	Fermeture de l'anneau ombilical

3-Traitement des facteurs favorisants
Toux
Constipation
Surpoids

4-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement et de l'absence de récidive

***NB :** chez l'obèse, l'idéal est la cœlioscopie*

TUMEUR DU COLON ET DU RECTUM

ETAT PRECANCEREUX :
HNPCC :
Colectomie totale ou coloprolectomie totale
FCV et écho-endo-vaginale/an à partir de 30 ans
Recherche sanguine
FCV et écho-endo-vaginale/an à partir de 30 ans
Coloscopie/2 ans à partir de 20 ans
Polype : coloscopie/5 ans débutée à (âge du sujet -5 ans)
PAF :
Colo-protectomie totale à 15 ans (variable)
FOGD avec duodénoscopie, biopsie de la papille/3 ans
Echo-endoscopie/3 ans
TRAITEMENT GENERAL :
Mise en condition : renutrition, réhydratation, correction de tares ; information
Traitement chirurgical curatif : prélèvement, exérèse tumorale carcinologique
Côlon
Rectum : 1/3 haut ; 1/3 moyen ; 1/3 bas
Curage ganglionnaire (avec le nombre de ganglions)
Exérèse du mésorectum si cancer du rectum
Anatomopathologie
Chimiothérapie et radiothérapie selon : chimiothérapie adjuvante ; radiothérapie néo-adjuvante
Surveillance clinique et paraclinique de l'absence de récidives : coloscopie, écho abdo, Rx de thorax

I-ETAT PRECANCEREUX

	Traitement du sujet et surveillance	Recherche familiale et conduite à tenir
HNPCC	Traitement du sujet : **Colectomie totale ou colo-prolectomie totale** Surveillance : -FOGD -Gynécologique **FCV et écho-endo-vaginale/an à partir de 30 ans** -Si pas de désir d'enfant ou cancer Hystérectomie Ovariectomie	Recherche familiale : **Recherche sanguine** de la mutation des gènes mHLH1 et mHSH2 Conduite à tenir : -Surveillance gynécologique **FCV et écho-endo-vaginale/an à partir de 30 ans** -**Coloscopie/2 ans à partir de 20 ans**
Polype	Traitement du sujet et surveillance : -Résection du polype -Selon anapath, choix entre : Coloscopie rapprochée Colectomie carcinologique	Recherche familiale : **Coloscopie/5 ans débutée à (âge du sujet -5 ans)** Conduite à tenir : Fonction de la coloscopie
PAF	Traitement du sujet : **Colo-protectomie totale à 15 ans (variable)** Surveillance : **-FOGD avec duodénoscopie, biopsie de la papille/3 ans** **-Echo-endoscopie/3 ans**	Recherche familiale : Recherche de la mutation du gène APC Conduite à tenir : Coloscopie/an si positif

II-TRAITEMENT GENERAL

1-*Mise en condition*

Renutrition, réhydratation, correction de tares
Hospitalisation en chirurgie digestive
Information du patient du risque de colostomie
A jeun, bilan pré-opératoire
Préparation colique et rectale

2-Traitement chirurgical curatif

Antibioprophylaxie
Laparotomie
Exploration côlon, rectum, péritoine, foie, ovaires
Prélèvement d'un épanchement, biopsie d'une lésion
Exérèse tumorale carcinologique (5 cm pour le côlon et le rectum en haut, et 2 cm pour le rectum en bas)

Côlon		-Hémicolectomie droite -Hémicolectomie gauche -Colectomie transverse
Rectum	**1/3 haut**	-Protectomie totale -Anastomose colo-rectale
	1/3 moyen	-Protectomie totale -Anastomose colo-anale
	1/3 bas	-Amputation abdomino-périnéale si distance T.-sphincter < 1 cm -Colostomie iliaque gauche définitive

Curage ganglionnaire (avec le **nombre de ganglions)**
Exérèse du méso-rectum si cancer du rectum
Anatomopathologie

3-Chimiothérapie et radiothérapie selon :

	Localisation	**Indications**
Chimiothérapie adjuvante (5FU +ac folinique)	Côlon Rectum	Stade 3 = Dukes C = Ganglions envahis
Radiothérapie néo-adjuvante	1/3 moyen du rectum 1/3 inférieur du rectum	TNM T3 = stade 2 = envahissement musculeuse et sous-séreuse sans atteinte du mésothélium

4-Surveillance clinique et paraclinique de l'absence de récidives

Clinique : AEG, abdo, ganglions, transit
Paraclinique : **coloscopie, écho abdo, Rx de thorax**

SIGMOIDITE DIVERTICULAIRE

Antibiothérapie, antalgiques, antispasmodiques **Sigmoïdectomie, rétablissement de la continuité** **Anatomopathologie**

Phase aiguë	Médical : 1-Mise en condition : -Urgence, hospitalisation -Glace sur le ventre -Régime sans résidus 2-**Antibiothérapie :** -Active sur anaérobie et BGN -IV, double, bactéricide, synergique -2 semaines 3-**Antalgiques, antispasmodiques** 4-Surveillance de l'absence de complications 5-Drainage sous contrôle radiologique si abcès
	Chirurgical (si échec ou complications) : 1-**Drainage chirurgical si abcès** (non drainable autrement) 2-Sigmoïdectomie avec **Hartmann :** -Résection de la charnière recto-sigmoïdienne -Fermeture du bout rectal -Colostomie d'amont -Résection d'une éventuelle fistule colo-vésicale -Anatomopathologie -Rétablissement de la continuité à distance
A 2 mois	Chirurgical : (si jeune ou récidive) **1-COLOSCOPIE** (cancer ?) 2-Mise en condition : -Hospitalisation en chirurgie digestive -Information du patient -A jeun, bilan pré-opératoire 3-Traitement chirurgical : -Laparotomie ou cœlioscopie **-Sigmoïdectomie** **-Rétablissement de la continuité** -Anatomopathologie 4-Surveillance post-opératoire

CIRRHOSE

MESURES A L'ENTREE ET A LA SORTIE DE L'HOPITAL
Arrêt : alcool, médicaments hépatotoxiques
Prévention du delirium tremens et du Gayet Wernicke : hyperhydratation, vit B1, B6, PP
Prévention de l'encéphalopathie hépatique : Lactulose®
INFECTION DU LIQUIDE D'ASCITE
Evacuation du liquide d'ascite infecté avec examen bactério
Antibiothérapie
Prévention secondaire des récidives par Noroxine®
HEPATITE ALCOOLIQUE AIGUE
Non grave (Maddrey < 32)
Grave (Maddrey > 32) : USI ; corticothérapie ; 40 mg/j per os ; 1 mois
HEMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE PAR VO
Curatif :
Oxygénothérapie ; sonde nasogastrique ; lavage à l'eau froide ; choc hypovolémique ; groupage et transfusion ; Sandostatine®
Fibroscopie en urgence et hémostase : ligature des VO
TIPS ; chirurgie
Préventif : ligature ; β-bloquants (FOGD)

I-MESURES A L'ENTREE ET A LA SORTIE DE L'HOPITAL

Entrée	**1-Arrêt :** **-Alcool** **-Médicaments hépatotoxiques** **2-Prévention du delirium tremens et du Gayet Wernicke :** **-Hyperhydratation** **-Vit B1, B6, PP** **3-Prévention de l'encéphalopathie hépatique :** **-Lactulose®** -PAS de Néomycine®
Sortie	1-Règles hygiéno-diététiques : **-Arrêt de l'alcool** définitif -Arrêt d'une intoxication tabagique associée -Renutrition 2-Traitement médicamenteux : **-Arrêt des hépatotoxiques** -Adaptation des posologies médicamenteuses **-Vaccination** hépatites A et B **-β-bloquants** non cardio-sélectifs (si VO stades 2 et 3) **-Noroxine®** (prévention 2aire et 1aire si prot < 10 g/L) -Régime désodé et diurétiques (si décompensation œdémato-ascitique) 3-Prise en charge **psychologique** 4-Surveillance clinique et paraclinique efficacité du traitement : -Clinique : sevrage, foie, ascite, IHC, HTP -Paraclinique : **BHC complet, endoscopie digestive haute, écho hépatique, α-FP, facteur V** 5-**Liste de greffe hépatique** pour transplantation si sevrage > 6 mois avec un des facteurs : -CHC (un < 5 cm ou moins de trois < 3 cm) -IHC (Child Pugh ≥ B) -HTP résistante aux autres traitements -Antécédent d'infection liquide d'ascite -Encéphalopathie sévère

II-INFECTION DU LIQUIDE D'ASCITE

1-Mesures à l'entrée de l'hôpital

Arrêt : alcool ; médicaments hépatotoxiques

Prévention du delirium tremens et du Gayet Wernicke : hyperhydratation ; vit B1, B6, PP

Prévention de l'encéphalopathie hépatique : Lactulose®

2-Evacuation du liquide d'ascite infecté avec examen bactério
+ albumine à J1et J3

3-Antibiothérapie

Après les prélèvements

C3G, Claforan® à 3 g/j en trois IVD

4-Surveillance clinique et paraclinique de l'efficacité du traitement

5-Prévention secondaire des récidives par Noroxine®

III-HEPATITE ALCOOLIQUE AIGUE

	Non grave (Maddrey < 32)	Grave (Maddrey > 32)
Mesures spécifiques	Traitement symptomatique	1-Mise en condition : -Urgence -Hospitalisation en **USI** 2-**Corticothérapie** **-40 mg/j per os** **-1 mois** -Arrêt brutal
Mesures à l'entrée de l'hôpital	-**Arrêt** : -**Alcool** -Médicaments hépatotoxiques -Prévention du delirium tremens et du Gayet Wernicke : -Hyperhydratation -Vit B1, B6, PP -Prévention de l'encéphalopathie hépatique : -Lactulose®	

IV-HEMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE PAR VO

Curatif	1-Mise en condition : -Urgence, hospitalisation -2 vvp, **oxygénothérapie** -**sonde nasogastrique** avec **lavage à l'eau froide** (avec érythromycine IV) -Correction d'un **choc hypovolémique** par macromolécules -**Groupage** complet et **transfusion** de CG -Traitement vaso-actif par **Sandostatine®** 2-**Fibroscopie en urgence et hémostase :** -Après : lavage gastrique, Mopral®, antibioprophylaxie chez un patient stable hémodynamiquement et sans trouble de la conscience -Permet : identifier, localiser, évaluer la lésion -**Ligature des VO** 3-Autres gestes hémostatiques si échec : -Anastomose porto-cave radiologique par **TIPS** -**Chirurgie** : dérivation portale ou trans-résection du bas œsophage **4-Mesures à l'entrée de l'hôpital :** -Arrêt : alcool, médicaments hépatotoxiques -Prévention du delirium tremens et du Gayet Wernicke : hyperhydratation, vit B1, B6, PP -Prévention de l'encéphalopathie hépatique : Lactulose® 5-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement
Préventif	1-Endoscopique : -**Ligature** des VO 2-Médicamenteux si VO de grade II ou III : -**β-bloquants** -Dérivés nitrés si CI 3-Surveillance clinique et paraclinique **(FOGD)** 4-Discuter d'une transplantation hépatique

HEPATITE VIRALE

HEPATITE CHRONIQUE VIRALE B
3 mois : interféron pégylé
Lamivudine ; si échec, association
HEPATITE CHRONIQUE VIRALE C
IFN pégylé + Ribavirine® : cytolyse et PCR+, F2 ;
NFS, créat, T3, T4, TSHus
Syndrome pseudo-grippal, tératogène, nausées
Paracétamol, contraception

I-HEPATITE CHRONIQUE VIRALE B

Durant 3 mois	**Interféron pégylé**	
A 3 mois : virémie	Réduction **< 2 log**	Réduction **> 2 log**
Suite du traitement	-**Lamivudine** -**Si échec association :** Interféron pégylé Lamivudine	Interféron pégylé 3 mois

II-HEPATITE CHRONIQUE VIRALE C

IFN pégylé + Ribavirine®	1-Indication si tous ces facteurs : -Hépatite chronique C histologiquement prouvée -Activité biologique : **cytolyse et PCR+** -Activité histologique : **> F2** 2-Après bilan pré-thérapeutique : -**NFS, créat** -**T3, T4, TSHus,** Ac anti-thyroïde -Ac (anti-nucléaire, anti-muscle lisse, anti-LMK1) 3-Durée : -6 m si G2, G3 -1 a si G1, G4 4-Surveillance des effets secondaires : -IFN : **syndrome pseudo-grippal,** neutropénie, thrombopénie, alopécie, asthénie, dysthyroïdie, point d'injection -Ribavirine® : **tératogène, nausées,** anémie hémolytique, toux
Paracétamol	Prévention du sd pseudo-grippal dû à l'IFN
Contraception	Car Ribavirine® tératogène

HEMOCROMATOSE GENETIQUE

Saignées itératives ; chélateur du fer (Desféral®) si CI
Arrêt de l'alcool et vaccin Hép B ; diabète
Enquête familiale

1	**Traitement curatif**	1-**Saignées itératives :** -En l'absence de CI : IHC, insuffisance cardiaque, anémie -Traitement d'attaque : 500 mL/sem -Traitement d'entretien : 500 mL/trimestre -A vie 2-**Chélateur du fer (Desféral®) si CI**
2	**Traitement symptomatique d'éventuelles complications**	1-Hépatique : **arrêt de l'alcool et vaccin Hép B** 2-Cardiaque : traitement d'une IC 3-**Diabète :** régime et insuline 4-Articulaire : repos, AINS, antalgiques 5-Gonadotrope
3	**Surveillance**	1-Efficacité : clinique, **bilan martial,** BHC, ECG, Gly 2-Tolérance : NFS, protidémie
4	**Enquête familiale et traitement**	1-Enquête familiale : clinique, bilan martial, recherche mutation 2-Traitement : selon les résultats

PANCREATITE AIGUE

USI , à jeun
Attention à : hypovolémie , défaillance d'organes
Antalgiques, nutrition entérale
Ponction percutanée si nécrose surinfectée
Traitement étiologique

1-Mise en condition
Urgence, hospitalisation en **USI**
Oxygénothérapie
A jeun, sonde naso-gastrique si vomissements
Traitement de l'**hypovolémie**/choc
Traitement d'une **défaillance d'organes** (rénale, CIVD...)

2-Traitement médical
Antalgiques
Nutrition entérale par sonde naso-jéjunale (progressive)
Si échec nutrition parentérale
IPP : prévention de l'ulcère de stress
Antibiothérapie si preuve bactério d'une infection de la nécrose

3-Traitement chirurgical (rarement en urgence)
Ponction percutanée si nécrose surinfectée ou nécrosectomie
Résection pancréatique selon

4-Traitement étiologique
Arrêt de l'alcool
Arrêt du médicament si étiologie iatrogène
Si origine biliaire

Non grave	-Cœlioscopie **-Cholécystectomie** -Ablation des calculs **-Opacification des voies biliaires** -Drainage
Grave	-En aigu : **sphintérotomie endoscopique** -A 1 mois : **cholécystectomie**

5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement
Clinique : pouls, TA, T°, douleurs (EVA)
Biologique : Gly, lipase, GDS...
Morphologique : scanner abdominal

PANCREATITE CHRONIQUE ALCOOLIQUE

Régime hyper calorique, hyper protidique, hypolipidique
Créon® ; antalgiques mineurs, voire majeurs ; insuline si diabète

1-Mesures à l'entrée de l'hôpital
- Arrêt :
  - Alcool
  - Médicaments hépatotoxiques
- Prévention du delirium tremens et du Gayet Wernicke :
  - Hyperhydratation
  - Vit B1, B6, PP
- Prévention de l'encéphalopathie hépatique :
  - Lactulose®

2-Règles hygiéno-diététiques
- **Régime hyper calorique, hyper protidique, hypolipidique**
- Correction des carences vitaminiques (ADEK)

3-Traitement médicamenteux
- **Créon®** pour la malabsorption
- **Antalgiques mineurs, voire majeurs,** voire alcoolisation du plexus cœliaque
- **Insuline si diabète**

4-Traitements invasifs
- **Endoscopie :**
  - Prothèse dans le wirsung
  - Drainage de faux kystes
- Chirurgical :
  - Dérivation du wirsung
  - Résection pancréatique

5-Surveillance clinique et paraclinique à vie de l'efficacité du traitement

LITHIASE BILIAIRE

<u>COLIQUE HEPATIQUE</u>
Symptomatique de la crise
Cœlioscopie, cholécystectomie, cholangiographie peropératoire
<u>CHOLECYSTITE</u>
Antibiothérapie
Traitement chirurgical à J2 : cholécystectomie; cholangiographie peropératoire
<u>ANGIOCHOLITE AIGUE LITHIASIQUE</u>
Antibiothérapie
Traitement étiologique pour drainage de la voie biliaire
Chirurgical : cholécystectomie, cholangiographie peropératoire, drainage sur drain de kher
Endoscopique : sphinctétérotomie endoscopique, cholécystectomie secondaire

I-COLIQUE HEPATIQUE

Colique hépatique	1-Traitement **symptomatique de la crise :** -Antalgiques -Antispasmodiques 2-Traitement étiologique : -Antibioprophylaxie **-Cœlioscopie** **-Cholécystectomie** **-Cholangiographie peropératoire** -Anatomopathologie

II-CHOLECYSTITE

Cholécystite	1-Mise en condition : -Urgence, hospitalisation en chirurgie -A jeun -Rééquilibration hydro-électrolytique -Repos au lit, glace sur le ventre 2-Traitement médical en urgence : **-Antibiothérapie :** IV, double, bactéricide, synergique Active sur BGN et anaérobies A élimination biliaire Jusqu'à J5 post-opératoire -Antalgiques -Antispasmodiques 3-Traitement **chirurgical à J2 :** -Cœlioscopie **-Cholécystectomie** **-Cholangiographie peropératoire** -Anatomopathologie 4-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement

III-ANGIOCHOLITE AIGUE LITHIASIQUE

1-Mise en condition

Urgence, hospitalisation en chirurgie
A jeun
Rééquilibration hydro-électrolytique
Repos au lit

2-Traitement médical en urgence

Antibiothérapie
IV, double, bactéricide, synergique
Active sur BGN et anaérobies
A élimination biliaire
Jusqu'à J5 post-opératoire
Antalgiques
Antispasmodiques

3-Traitement étiologique pour drainage de la voie biliaire

Chirurgical	Endoscopique
-Cœlioscopie **-Cholécystectomie** -Cholédocotomie **-Cholangiographie peropératoire** **-Drainage sur drain de kher** -Anatomopathologie -Cholangiographie de contrôle (J10)	**-Sphinctétérotomie endoscopique** -Extraction du calcul **-Cholécystectomie secondaire**

4-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement

CONSTIPATION

Hyperhydratation
Traitement médicamenteux : laxatif ; suppo
Extraction digitale d'un fécalome

1-Rassurer le patient

2-Règles hygiéno-diététiques
- **Hyperhydratation**
- Régime riche en fibres
- Sport
- Selles à heures fixes

3-Traitement médicamenteux
- Constipation haute : **laxatif** (Forlax®)
- Dyschésie anorectale : **suppo**sitoire

4-Extraction digitale d'un fécalome

COLOPATHIE FONCTIONNELLE

Eliminr un étiologie organique (+++)
Soutien psychologique
Règles hygiéno-diététiques

1-Traitement après avoir éliminé un étiologie organique (+++)

2-Soutien psychologique

3-Règles hygiéno-diététiques
- Diarrhée : régime pauvre en résidus, repas à heures fixes
- Constipation : hyperhydratation, régime riche en fibres, sport, selles à heures fixes
- Ballonnement : pas d'aliment fermentescible

4-Traitement médicamenteux
- Diarrhée : Imodium®
- Constipation : Forlax®
- Ballonnement : Smecta®
- Douleurs : Spasfon®

5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

PATHOLOGIE HEMORROIDAIRE

Eliminer un étiologie organique ± coloscopie (+++)
Régularisation de transit et arrêt des facteurs favorisants
Traitement spécifique :
Hémorroïdes externes : excision et extraction d'une thrombose
Hémorroïdes internes : ligatures élastiques

1-Traitement après avoir éliminé un étiologie organique ± coloscopie (+++)

2-Régularisation de transit et arrêt des facteurs favorisants

3-Traitement médicamenteux
Général : AINS, antalgique, veinotonique
Local : antalgique

4-Traitement spécifique

Hémorroïdes externes	**Excision et extraction d'une thrombose**
Hémorroïdes internes	**-Ligatures élastiques** -Injections sclérosantes -Photocoagulation infrarouge -Hémorroïdectomie chirurgicale

5-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement

ULCERE GASTRO-DUODENAL

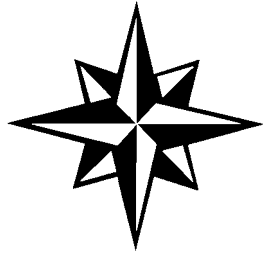
Arrêt tabac et AINS
Traitement médicamenteux (+++) :
1ère sem : éradication H. Pylori : Mopral® 40 mg/j en 2 prises ; Clamoxyl® 2 g/j en 2 prises ; Clarythromicine® 1 g/j en 2 prises
5 sem suivantes : Mopral® 40 mg/j en 2 prises

1-Arrêt des facteurs favorisants (tabac et AINS)

2-Traitement médicamenteux (+++)

1ère sem	**Eradication H. Pylori :** **-Mopral® 40 mg/j en 2 prises** **-Clamoxyl® 2 g/j en 2 prises** **-Clarythromicine® 1 g/j en 2 prises**
5 sem suivantes	**-Mopral® 40 mg/j en 2 prises**

3-Surveillance efficacité et tolérance du traitement
Clinique : douleurs, hématémèse
Paraclinique : **FOGD à 1 mois pour UG** (± UD)



OPHTALMOLOGIE



CATARACTE

Extraction extra-capsulaire par phakoémulsification
Correction de l'aphakie par un implant intra-oculaire de chambre postérieure

I-INDICATIONS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Baisse d'acuité visuelle significative avec retentissement fonctionnel
Surveillance rétinienne indispensable (diabète)

II-TRAITEMENT CHIRURGICAL

1-Mise en condition

Après bilan pré-opératoire
Après **éradication de tous les foyers infectieux**
Sous anesthésie locale

2-Chirurgie ophtalmologique

Incision cornéenne
Extraction extra-capsulaire par phakoémulsification
Correction de l'aphakie par un implant intra-oculaire de chambre postérieure
± Suture

3-Mesures associées

Coque oculaire protectrice transparente
Arrêt de travail d'une semaine (rare étant donné l'âge de survenue !)

4-Surveillance clinique à J1, J5, J15

GLAUCOME CHRONIQUE

1ÈRE INTENTION :
Traitement médical local : collyres β-bloquants ; si échec à J15, bithérapie
2ÈME INTENTION :
Traitement chirurgical : trabéculectomie chirurgicale ; collyre anti-inflammatoire

1ère Intention : Traitement médical local	1-**Collyres β-bloquants** seuls (hors CI) : -Timoptol® -1 gte dans chaque œil 2/j -Revoir à 15 j 2-Traitement de la cause et des facteurs favorisants (médic) 3-Surveillance (FO, tension intra-oculaire, CV) 4-Si **échec à J15, bithérapie** avec : -Analogues de la prostaglandine -α2-mimétiques -Inhibiteur de l'anhydrase carbonique
2ème Intention : Traitement chirurgical	1-**Trabéculectomie chirurgicale** (ou sclérectomie profonde non perfrante) 2-**Collyre anti-inflammatoire** 3-Surveillance (FO, AV, CV, TIO, glaucome malin 2aire)

BAISSE ACUITE VISUELLE BRUTALE

GLAUCOME AIGU A ANGLE FERME
Arrêt d'un médicament déclencheur
Traitement curatif de l'œil concerné : hypotonisants locaux +Diamox® + Potassium + Mannitol® (+pilocarpine dans un second temps)
Œil controlatéral : Pilocarpine®
Prévention des récidives : iridectomie périphérique au laser
DECOLLEMENT DE RETINE
Préventive : fond d'œil régulier (myopee+++), laser Argon des lésions rétiniennes favorisantes
Curative : voie externe ou interne

I-GLAUCOME AIGU A ANGLE FERME

1-Mise en condition

- **Urgence,** pronostic visuel
- Hospitalisation en ophtalmologie
- **Arrêt d'un médicament atropinique**

2-Traitement curatif de l'œil concerné

- Hypotonique : Diamox® + potassium (± Mannitol®)
- Myotique : Pilocarpine®
- Si échec : iridectomie périphérique en urgence

3-Œil controlatéral : Pilocarpine®

4-Traitement symptomatique

- Antalgique
- Anxiolytique

5-Surveillance

6-Prévention des récidives

- Iridectomie périphérique bilatérale (ou iridotomie au laser YAG)
- Pas de contre-indications médicamenteuses si prévention des récidives

II-DECOLLEMENT DE RETINE

Préventive	1-**Laser Argon des lésions rétiniennes rhegmatogènes** 2-**Fond d'œil** systématique aux sujets à risque : **-Myope** **-Aphake**	
Curative	Indications dans les cas classiques	Traitement extra-oculaire : **-Cryoapplication** **-Indentation episclérale**
	Indications dans certains cas : 1-Hémorragie intra-vitréenne 2-Déchirure géante et tractionnelle 3-OVCR 4-Rétinopathie diabétique	Traitement intra-oculaire : - **Vitrectomie 3 voies** - **Tamponnement interne par gaz** ou **silicone** - Endo-laser - ± Dissection de la membrane de prolifération vitréo-rétinienne - ± Ablation des néo-vaisseaux

III-OBLITERATION DE L'ARTERE CENTRALE DE LA RETINE

1-Traitement général

- Antiagrégant : aspirine
- Fibrinolyse in situ en neuroradiologie
- Anticoagulant : HBPM
- Mannitol® ou Diamox®
- Vasodilatateur discuté

2-Traitement local discuté

- Position de Tredelenbourg
- Ponction de chambre antérieure

3-Traitement étiologique (Horton) ± prévention par aspirine

4-Surveillance (FO, AV, TIO, angio)

IV-OBLITERATION DE LA VEINE CENTRALE DE LA RETINE

1-Traitement général

- Antiagrégant : aspirine
- Vasodilatateur : Veinamitol®
- Anticoagulant : HBPM
- Hémodilution iso-volémique

2-Photocoagulation au laser Argon sur :

- Ischémique : néo-vascularisation
- Œdémateuse : œdème maculaire cystoïde

3-Traitement étiologique (diabète, HTA) ± prévention par aspirine

4-Surveillance ophtalmo (FO, AV, TIO, angio)

ŒIL ROUGE ET DOULOUREUX

Uvéite antérieure aiguë : collyre corticoïde, collyre mydriatique (Atropine®),traitement étiologique
Kératite herpétique : collyre antiviral (Iduviran®), collyre cicatrisant (vitamine A)
Conjonctivite aiguë bactérienne : collyre antiseptique, collyre antibiotique (rifampicine)

Uvéite antérieure aiguë	1-**Urgence** thérapeutique, en ambulatoire 2-Traitement local : **-Collyre mydriatique (Atropine®)** **-Collyre corticoïde** 3-**Traitement étiologique** 4-Surveillance des 2 yeux
Kératite herpétique	1-Ambulatoire 2-Traitement local : **-Collyre antiviral** **-Collyre cycloplégique (Atropine®)** **-Collyre cicatrisant (vitamine A)** 3-Traitement général si persistance à J7 par Zovirax® per os 4-Surveillance des 2 yeux
Conjonctivite aiguë bactérienne	1-Ambulatoire 2-Traitement local : **-Collyre antiseptique** **-Collyre antibiotique (rifampicine)** 3-Surveillance des 2 yeux

CI aux collyres corticoïdes :

Ulcère cornéen
Infection oculaire
Glaucome aigu à angle fermé
Allergie
Trachome évolutif

PATHOLOGIES DES PAUPIERES

Chalazion : pommade antibiotique + corticoïde : Ster-dex®, 15 j
Orgelet : pommade (rifampicine)
Entropion : chirurgical
Ectropion : chirurgical
Ptosis : étiologique

Chalazion	1-Traitement local en **pommade :** **-Antibiotique + corticoïde : Ster-dex®** **-15 j** 2-Traitement chirurgical : excision : -En dehors des périodes inflammatoires -Par voie interne ou externe
Orgelet	1-Antibiothérapie locale en **pommade (rifampicine)** 2-Antibiothérapie générale si signes généraux 3-Si récidive : -Traitement d'un **facteur favorisant (diabète)** -Vaccination antistaphylococcique. Ça existe ?
Entropion	1-Lentille souple protectrice (en attendant la chirurgie) 2-Traitement **chirurgical** sous AL
Ectropion	1-Traitement des conjonctivites et des kératites 2-Traitement **chirurgical** curatif
Ptosis	1-Traitement **étiologique** 2-Si échec : traitement chirurgical curatif

TROUBLE DE LA REFRACTION

Myopie : verres divergents (concaves)
Hypermétropie : verres convergents (convexes)
Astigmatisme régulier : lentilles toriques

Myopie	1-Verres **divergents (concaves)** -Lunettes -Lentilles de contact 2-Chirurgie réfractive
Hypermétropie	1-Verres **convergents (convexes)** -Lunettes -Lentilles de contact 2-Chirurgie réfractive
Astigmatisme régulier	Lentilles **toriques**

STRABISME DE L'ENFANT

En 1ère intention : verre correcteur, rééducation Si échec : Absence d'amblyopie : traitement chirurgical Présence d'amblyopie : rééducation par occlusion alternée

En 1ère intention	1-Si amblyopie : **-Réversible si âge <6 ans** **-Occlusion de l'œil** non **amblyope** **-Correction optique de l'œil amblyope** 2-Rééducation orthoptique 3-Surveillance	
Si échec	**En l'absence d'amblyopie :** 1-Traitement **chirurgical** des masses musculaires 2-Lunettes	
	En présence d'amblyopie : **-Rééducation par occlusion alternée**	

TRAUMATISME OCULAIRE

<u>PLAIE PENETRANTE DE L'ŒIL</u>
Traitement médical :
Local : collyre antibiotique, pansement oculaire stérile
Général : antibiotique (fluroquinolone), SAT/VAT
Traitement chirurgical : extraction du corps étranger ; réparation des lésions anatomiques ; porte d'entrée
Mesures socioprofessionnelles : récidives (lunettes)
<u>BRULURE OCULAIRE</u>
Pré-hospitalier : lavage oculaire abondant au sérum phy ; (20 min)
Hospitalier : collyre antibiotique, collyre cicatrisant, larmes artificielles, pansement oculaire
Mesures socioprofessionnelles

I-PLAIE PENETRANTE DE L'ŒIL

1-Mise en condition

Urgence, hospitalisation
A jeun, bilan pré-opératoire
Information au patient

2-Traitement médical

Local	-Collyre cycloplégique (Atropine®) **-Collyre antibiotique** (rifampicine) **-Pansement oculaire stérile**
Général	**-Antibiotique (fluroquinolone)** **-SAT/VAT** -Anxiolytique

3-Traitement chirurgical

Sous AG, au bloc opératoire, sous microscope
Extraction du corps étranger
Réparation des lésions anatomiques
Traiter la **porte d'entrée**

4-Mesures socioprofessionnelles

Arrêt de travail
Accident de travail (selon)
Education du patient pour prévention des **récidives (lunettes)**

5-Surveillance rapprochée

II-BRULURE OCULAIRE

Pré-hospitalier	**-Urgence** **-Lavage oculaire abondant au sérum phy** **-(20 min)** -Transport rapide vers un centre spécialisé
Hospitalier	**1-Mise en condition :** -Hospitalisation -Appel du centre anti-poison -Continuer le lavage au sérum phy 2-Traitement local : **-Collyre antibiotique** **-Collyre cicatrisant** -Collyre cycloplégique -Collyre corticoïde **-Larmes artificielles** **-Pansement oculaire** 3-Mesures **socioprofessionnelles :** -Arrêt de travail -Accident de travail (selon) -Education du patient (port de lunettes) 4-Surveillance des 2 yeux

RETINOPATHIE DIABETIQUE

<u>TRAITEMENT</u>
Equilibrer le diabète et l'HTA (progressivement)
Aspirine
Photocoagulation au laser Argon si rétinopathie pré-proliféranteet proliférante
<u>CAT DEVANT UNE HEMORRAGIE DU VITRE</u>
Si rétine non visible au fond d'œil, écho oculaire en mode B

I-TRAITEMENT
1-Equilibrer le diabète (progressivement)

2-Equilibrer l'HTA

3-Aspirine

4-Photocoagulation au laser Argon :
Rétinopathie **pré-proliférante** (pan-photocoagulation)
Maculopathie œdémateuse (laser focal maculaire)

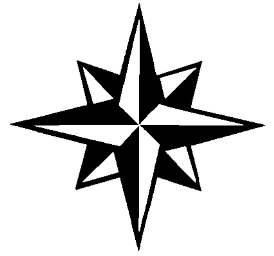
II-CAT DEVANT UNE HEMORRAGIE DU VITRE

BAV sur hgie du vitré (sur RD) :
Rétine non visible au fond d'œil

↓

Echo oculaire en mode B
±
Electro-rétinogramme

Hémorragie du vitré	**Hémorragie du vitré + Décollement de rétine**
1-Traiter la RD (cf.)	1-Traiter le DR : -Vitrectomie 3 voies **-Dissection de la membrane de prolifération vitréo-rétinienne** -± Ablation des néo-vaisseaux -± Endo-laser (ou **tamponnement** par silicone) 2-**Traiter l'hémorragie du vitré :** -Vitrectomie 3 voies 3-**Traiter la RD** (cf.)



MALADIES INFECTIEUSES



PRISE EN CHARGE DU VIH

Traitement médicamenteux : indications en fonction des CD4 ; prophylaxie primaire, prophylaxie secondaire : Bactrim® ; trithérapie anti-rétrovirale ; vaccinations
Education du patient : observance du traitement ++ (sinon différer) ; prévenir la transmission
Mesures psycho-sociales : psychologique ; 100% ; déclaration obligatoire

1-Traitement médicamenteux

Prophylaxie des **infections opportunistes** :

Indications CD4	Infection opportuniste	Prophylaxie primaire	Prophylaxie secondaire
< 200	Pneumocystose	**Bactrim®** faible 1/j	
	Toxoplasmose	Bactrim® faible 1/j	PSA 1/2 doses
< 100	CMV	Discutée	Ganciclovir® 1/2 doses

4- Trithérapie anti-rétrovirale :

Indications	-Stade SIDA -Infection VIH symptomatique -CD4 < 200/mm³ -200 < CD4 < 350 + CV > 100 000 ou baisse rapide des CD4 -Pas d'indications si CD4 > 350
Type	1-Inb nucléosidique de la RT (AZT) 2-Inb nucléosidique de la RT (3TC) 3-Inb non nucléosidique de la RT (efavirenz) ou inb de protéase (nelfinavir)

5- Vaccinations :

Contre-indiqué	Vaccins vivants
Indiqué	-Grippe -Pneumocoque -Hépatite B

2-Education du patient

Prévenir les infections opportunistes
- Règles hygiéno-diététiques (si séro toxo-)
- Eviter transfusion (si CMV-)

Observance du traitement ++ (sinon différer) et des bilans
Programmer une grossesse
Prévenir la transmission du virus :
- Préservatif, dépistage du partenaire
- Pas de don de sang et de sperme
- Information au personnel médical

3-Mesures psycho-sociales

Soutien **psychologique** et associations
100% et mesures sociales
Déclaration obligatoire

4-Surveillance clinique et paraclinique du traitement à vie

Efficacité : **CD4, charge virale**, LDH, (sérologies toxo et CMV selon)
Tolérance : **NFS, plaquettes, BHC, fonction rénale, CPK** (AZT), neuro (3TC)
Observance et éducation

***NB** : PSA signifie :*
- *-Pyrazynamide*
- *-Sulfadiazine*
- *-Acide folique*

INFECTION OPPORTUNISTE

PNEUMOCYSTOSE PULMONAIRE
Traitement médicamenteux : Bactrim®, Osfolate®, différer le début d'une éventuelle trithérapie, corticothérapie
Kinésithérapie respiratoire, oxygène
Surveillance sat, NFS, transaminases, créat
Prise en charge du VIH secondairement (cf.) : déclaration obligatoire, 100%, Bactrim® faible 1/j
TOXOPLASMOSE CEREBRALE
PSA : pyrazynamide + sulfadiazine + acide folique ; Vichy® ; mannitol
Surveillance: scanner cérébral à J10 ; NFS, créat
Prise en charge du VIH secondairement (cf.) : déclaration obligatoire, PSA 1/2 doses
INFECTIONS A CMV
Ganciclovir, trithérapie, Bactrim®
Prise en charge du VIH secondairement (cf.) : déclaration obligatoire, Cymévan® 1/2 doses

I-PNEUMOCYSTOSE PULMONAIRE

1-Mise en condition
Hospitalisation (si signes de gravité)
Oxygène (en fonction de la saturation)
1 vvp (selon)

2-Traitement médicamenteux
Cotamixazole **Bactrim®**
Traitement d'attaque
21 jours
Per os (IV si PaO2 < 50 mmHg)
Si CI : pentamidine, atovaquone, trimétrexate
Acide folique **Osfolate®**
Différer le début d'une éventuelle trithérapie
Corticothérapie (si PaO2 < 70 mmHg)

3-Kinésithérapie respiratoire

4-Surveillance clinique et paraclinique du traitement
Efficacité : dyspnée, **sat,** rx de thorax
Tolérance : **NFS, transaminases, créat,** cutané

5-Prise en charge du VIH secondairement (cf.)
Déclaration obligatoire, 100%
Prévention secondaire par **Bactrim® faible 1/j**
Trithérapie anti-rétrovirale
Education

II-TOXOPLASMOSE CEREBRALE

1-Mise en condition
Hospitalisation
1/2 assis et oxygène (si HTIC)

2-Traitement médicamenteux

6- **PSA : pyrazynamide + sulfadiazine + acide folique**
   - Traitement d'attaque
   - Per os
   - 6 à 8 semaines
   - Test diagnostique
   - Si CI : pyréméthamine + clindamycine

Vichy® : diurèse alcaline pour éviter les lithiases
Mannitol pour l'HTIC par l'œdème cérébral
Rivotril® si convulsions

3-Surveillance clinique et paraclinique du traitement
Efficacité : signes de localisation, HTIC, **scanner cérébral à J10**
Tolérance : **NFS, créat**

4-Prise en charge du VIH secondairement (cf.)
Déclaration obligatoire, 100%
Prévention secondaire par **PSA 1/2 doses**
Trithérapie anti-rétrovirale
Education

III-INFECTIONS A CMV

1-Mise en condition, Hospitalisation

2-Traitement médicamenteux
Ganciclovir Cymévan®
   - Traitement d'attaque
   - Intraveineux
   - 21 jours

Trithérapie à mettre en place
Bactrim® : prophylaxie pneumocystose et toxoplasmose
Asadose® : prophylaxie des mycobactéries atypiques

3-Mesures associées en fonction de la localisation de l'infection

4-Surveillance clinique et paraclinique du traitement
Efficacité : symptomatologie, FO si rétinite...
Tolérance : NFS, plaquettes

5-Prise en charge du VIH secondairement (cf.)
Déclaration obligatoire, 100%
Prévention secondaire par **Cymévan® 1/2 doses**
Trithérapie anti-rétrovirale
Education

ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG

Soins locaux immédiats : laver ; Dakin® 5 minutes
Bilan clinique et biologique, source et contaminé
Prévention des infections :
VIH : trithérapie anti-rétrovirale ; hépatite B : vaccination si taux Atc < 10 voire sérothérapie si ADN vhb + chez source ; hépatite C ; tétanos
Mesures légales : déclaration d'accident du travail : AES, certificat médical initial ; médecin référent : information ; médecin du travail
Surveillance clinique et biologique au 1er, 3ème et 6ème mois : sérologie VIH, Hép C, HepB

1-Soins locaux immédiats

Retirer l'objet en question si encore présent
Laver avec du savon et rincer à l'eau courante
Antisepsie au **Dakin® 5 minutes**

2-Bilan clinique et biologique, source et contaminé

3-Prévention des infections

VIH	-En fonction du risque évalué **-Trithérapie anti-rétrovirale** -Avant H4 (au maximum avant H48) -1 mois -Préservatifs durant 3 mois
Hépatite B	**Vaccination si taux Atc < 10 voire sérothérapie si ADN vhb + chez source**
Hépatite C	0
Tétanos	cf.

4-Mesures légales

Déclaration **d'accident du travail : AES, certificat médical initial**
Médecin **référent :** suivi à H0 et H48, **information**
Médecin du travail : prévenu sous 8 jours, suivi jusqu'au 6ème mois

5-Surveillance clinique et biologique au 1er, 3ème et 6ème mois

Sérologie VIH (Atg p24 le 1er mois), **Hép C** (ARN VHC selon), **HepB**
NFS, transaminases

GRIPPE NON COMPLIQUEE

Antipyrétique, antalgique, vitamine C
Prévention par vaccination

1-Traitement ambulatoire symptomatique (± arrêt de travail)

2-Traitement médicamenteux
- **Antipyrétique**
- **Antalgique**
- **Vitamine C**
- Antiviraux type Tamiflu® (rare)

3-Traitement non médicamenteux
- **Repos au lit**
- Hydratation

4-Prévention par vaccination
- Vaxigrip®
- 1 SC/an en automne
- Indications : > 65 ans, professionnels de santé, immunodépression, insuffisance viscérale
- Contre-indications : allergie à l'œuf, maladie infectieuse en cours
- Modifié et adapté chaque année

5-Auto-surveillance clinique de l'efficacité du traitement
(éviter le contact avec les patients à risque)

OREILLONS

Antipyrétique, antalgique, AINS
Repos au lit ; soins de bouche si parotidite ; suspensoir si orchite
Prévention de la dissémination : éviction scolaire, vaccination

1-Traitement ambulatoire symptomatique

2-Traitement médicamenteux

- **Antipyrétique**
- **Antalgique**
- **AINS**

3-Traitement non médicamenteux

- **Repos au lit**
- **Soins de bouche si parotidite**
- **Suspensoir si orchite**

4-Prévention de la dissémination

- **Eviction scolaire**
- **Vaccination :**
  Vaccin vivant atténué (associé dans ROR)
  A 1 an et rappel avant 2 ans
  Indications : enfant de 1 an, sujets jeunes non-immuns, contage chez sujets mono-orchides ou malentendants

5-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement

VARICELLE

Atarax®, paracétamol : PAS d'aspirine (Sd Reye)
Limiter la dissémination : éviction scolaire

1-Traitement local

Couper les **ongles court** : éviter l'impétiginisation
Lavage et rinçage
Chlorexidine moussante : antisepsie

2-Traitement général

Atarax® : antihistaminique sédatif contre le prurit
Paracétamol : antipyrétique, **PAS d'aspirine (Sd Reye)**
Pyostacine® si impétiginisation

3-Limiter la dissémination

Eviction scolaire jusqu'à disparition des croûtes
Eviter le contact avec l'immunodéprimé et la femme enceinte

4-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement

ZONA

Traitement local : Chlorexidine®, Zovirax® crème
Traitement général :
Immunodéprimé : Zovirax® IV
Immunocompétent > 50 ans : Zelitrex® PO 10 j ; débuter dans les 72 h ; prévenir les algies post-zoostériennes
Zona ophtalmique : Zelitrex® PO 10 j ; prévention de la kérato-conjonctivite
Algies post-zoostériennes : antidépresseur triC, anti-épileptique ; EVA
Traitement d'un éventuel facteur favorisant (VIH chez jeune)

1-Traitement local

Lavage et rinçage

Chlorexidine® moussante : antisepsie

Zovirax® crème (ou pommade ophtalmique) : que zona ophtalmique

2-Traitement général

Immunodéprimé	-**Zovirax®** IV -Traitement de l'immunodépression -Isolement
Immunocompétent > 50 ans	-**Zelitrex® PO 10 j** -**Débuter dans les 72 h** -But : **prévenir les algies post-zoostériennes**
Zona ophtalmique	-**Zelitrex® PO 10 j** -But : **prévention de la kérato-conjonctivite**
Algies post-zoostériennes	-Antalgiques paliers 1 OMS -**Antidépresseur triC, anti-épileptique** -Evaluation de la douleur par **EVA**

3-Traitement d'un éventuel facteur favorisant (VIH chez jeune)

4-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement

RAGE

VACCINATION PREVENTIVE:
Vaccination préventive humaine, vaccination animale, éducation
PROPHYLAXIE D'UNE MORSURE ANIMALE :
Adresser au centre anti-rabique
Traitement local : ammonium quaternaire ; parage ; pas de suture
Traitement général : antitétanique ; Augmentin®, prophylaxie antirabique : vaccin curatif, Ig humaines spécifiques

I-VACCINATION PREVENTIVE ET INFORMATION

Vaccination préventive humaine chez professionnel
Vaccination animale
Education : conduite à risque, voyage à l'étranger

II-PROPHYLAXIE D'UNE MORSURE ANIMALE

Adresser au centre anti-rabique

1-Traitement local

Lavage, rinçage
Ammonium quaternaire : désinfection
Parage : ablation des CE, excision des tissus nécrosés
Exploration chirurgicale (selon)
Pas de suture

2-Traitement général

Prophylaxie **antitétanique** (cf.)
Prophylaxie antibiotique par **Augmentin®** (pasteurella, CG+)
Prophylaxie **antirabique** :
- **Vaccin curatif :**
  - → vaccin à débuter si animal vivant suspect ou si animal mort avec encéphale intact
  - → vaccin dans sa totalité si animal enragé ou inconnu
- **Ig humaines spécifiques :** plaies graves, étendues, à la face

PREVENTION DU TETANOS

VACCINATION PREVENTIVE
PROPHYLAXIE D'UNE PLAIE TETANIGENE (Ministère 25/06/80)
Traitement local
Sérothérapie et vaccination : vaccination, plaie minime ; plaie grave

I-VACCINATION PREVENTIVE

Type	-Anatoxine -Vaccin antitétanique, Tétavax®
Indications	-Obligatoire en France chez enfant < 18 mois -Militaires -Professionnels de santé
Mode	-Enfant : 3 inj à 1 mois d'intervalle + rappel à 1 an, 5 ans puis/10 ans -Adulte : 2 inj à 1 mois d'intervalle + rappel à 1 an puis/10 ans
CI	-Aucune

II-PROPHYLAXIE D'UNE PLAIE TETANIGENE (Ministère 25/06/80)

1-Traitement local

Lavage, rinçage
Bétadine® : désinfection

2-Sérothérapie et vaccination

Vaccination		**Plaie minime**	**Plaie grave**
-Certaine et complète	Rap < 5 a	0	0
	Rap 5 à 10 a	0	Rappel
	Rap > 10 a	Rappel	-Rappel -Ig 250 UI
-Certaine et incomplète		-Vaccin à cplter	-Vaccin à cplter -Ig 250 UI
-Absente -Inconnue		-Vaccin à cplter -Ig 250 UI	-Vaccin à cplter -Ig 500 UI

Minime : plaie minime non souillée, ulcère et chirurgie
Grave : étendue, souillée, corps étrangers, brûlures étendues, ulcères nécrotiques, avortement ou accouchement septique, gangrène

MALADIE DES GRIFFES DU CHAT / LYME / PASTEURELLOSE

GRIFFES DU CHAT :
Antibiothérapie : abstention si non-compliqué, si compl. : macrolides
LYME :
Phase 1aire, Amoxicilline® ou cyclines ; phase 2aire : amox ou C3G ; phase 3aire : C3G 1M
Maladie professionnelle
PASTEURELLOSE :
Augmentin®
Maladie professionnelle

Maladie	**GRIFFES DU CHAT**	**LYME**	**PASTEURELLOSE**
Antibiothérapie	**-Abstention si non-compliqué** **-Si compl. : macrolides** -Per os -15 jours -Si CI : rifampicine, fluoroquinolones	**-Phase 1aire** **-Amoxicilline®** ou **cyclines** -Per os 15 jours **-Phase 2aire : amox ou C3G** **-Phase 3aire : C3G 1M**	**-Augmentin®** -Per os -15 jours
Maladie **professionnelle**	non	oui	oui
Surveillance	Clinique et paraclinique de l'efficacité du traitement		
Autre	→ Si suppuration **-Aspiration ganglionnaire** -A l'aiguille -Sous asepsie	→ **Education** -Retirer les tiques -Habits longs	

MENINGITES BACTERIENNES

Traitement étiologique :
Antibiothérapie IVSE
Méningocoque : C3G, 7 j
Pneumocoque : C3G, 10 j
Listéria : amoxicilline + aminoside, 21 j
Tuberculeuse : quadrithérapie (+ corticoïdes), 1 an
Mesures si méningocoque (cf.)

1-Mise en condition

Urgence
Hospitalisation (± en réa)
1 vvp, rééquilibration hydro-électrolytique (**SIADH**)
Oxygénothérapie

2-Traitement étiologique : antibiothérapie

En urgence après les prélèvements bactériologiques
Probabiliste secondairement adaptée aux prélèvements
IVSE, à fortes doses
A bon passage méningé
Type :

Germe	Antibiothérapie	Durée
Méningocoque	-Amoxicilline (si confirmé) -**C3G** (si jeune ou ID)	**7 j**
Pneumocoque	**-C3G** -C3G + vancomycine (si PDSP ou grave)	**10 j**
Hæmophilius	C3G+Corticoïdes	14 j
Listéria	**Amoxicilline + Aminoside**	**21 j**
Tuberculeuse	Quadrithérapie (+ **Corticoïdes)**	**1 an**

-Amoxicilline	200 mg/kg/j
-**Claforan®**	**200 mg/kg/j**
-**Gentamycine**	**3 mg/kg/j**
-Vancomycine	50 mg/kg/j

3-Traitement symptomatique

Antipyrétiques chez les enfants
Anticonvulsivants si convulsions
Traitement d'une **CIVD**

4-Traitement de la porte d'entrée

5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

Clinique : pouls, TA, T°, conscience, diurèse, signes neuro, complications
Paraclinique : NFS, VS, CRP, iono, créat, hémocultures, PL si PDSP

6-Mesures si méningocoque (cf.)

***NB** : Type d'antibiothérapie probabiliste :*

Absence de germes	*C3G*
Doute sur PDSP	*C3G + vancomycine*
Signes de gravité	*C3G + vancomycine + amoxicilline*

MESURES SI MENINGOCOQUE

Déclaration obligatoire
Prophylaxie du méningocoque :
  Eviction scolaire, vaccination, antibioprophylaxie (cf.) : source et sujets contacts
  Sujets concernés
  Antibioprophylaxie ; rifampicine (Rifadine®) **2 j** ; adulte : 4 cp/j

1-Déclaration obligatoire (au médecin chef de la DDASS)

2-Prophylaxie du méningocoque
- **Eviction scolaire** des cas de méningites
- **Vaccination** si souche A et C
- **Antibioprophylaxie (cf.)** : **source** et **sujets contacts**
- Pas de désinfection de locaux
- Pas d'éviction des sujets contacts

Sujets concernés	-Crèche -Camarades d'université -Ecole : 1 cas dans 1 classe : voisins 2 cas dans 1 classe : toute la classe 2 cas dans 2 classes : les 2 classes 3 cas dans 2 classes : toute l'école	
Antibioprophylaxie	**Rifampicine (Rifadine®) 2 j**	-Adulte : **4 cp/j** -Enfant : 20 mg/kg/j -Nv-né : 10 mg/kg/j
Antibioprophylaxie si contre-indication	Spiramycine (Rovamycine®) 5 j	-Adulte : 6 MUI -Enfant : 150 000 UI/kg

Attention : rifampicine est inducteur enzymatique (pilule contraceptive)

MENINGO-ENCEPHALITE HERPETIQUE

Zovirax®, IVSE, 10 mg/kg/8 h, 21 j ; amoxicilline + aminoside
Traitement symptomatique : anticonvulsivant, mannitol, kiné

1-Mise en condition
Urgence
Hospitalisation en **réa**
1/2 assis, scope, **oxygénothérapie** (± intubation ventilation)
1 vvp, rééquilibration hydro-électrolytique (SIADH)
Arrêt de l'alimentation orale si trouble de la conscience

2-TRAITEMENT étiologique
Antiviral :
Zovirax®
IVSE
10 mg/kg/8 h
21 j
Sans attendre les résultats
Antibiotique contre listéria en cas de doute
Amoxicilline + aminoside

3-Traitement symptomatique
Anticonvulsivant
Mannitol contre l'œdème cérébral
Prévention des complications de décubitus
Kinésithérapie et orthophonie à distance

4-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement
Clinique : pouls, TA, T°, conscience, diurèse, signes neuro, complications
Paraclinique : NFS, VS, CRP, iono, créat, hémocultures

AVANT UN DEPART EN PAYS TROPICAL

<u>VACCINATIONS</u> :
BCG, DTP, ROR
Anti : typhi, amarile (pas en Asie)
<u>ORDONNANCE DE DEPART :</u> chimioprophylaxie anti-palu
<u>CONSEILS AVANT DE PARTIR</u>
Péril fécal : eau, alimentation, hygiène
Paludisme : moustiquaire, insecticides, répulsif, vêtements
Pied (nu ou dans l'eau) : pas de baignade en eau douce, ne pas marcher pieds nus
Sexe : rapports protégés
Chien : animaux errants

1-Vaccinations

BCG, DTP, ROR
Anti : typhi, amarile (pas en Asie)
Hépatite : A et B
Rabique (si zone d'endémie), méningocoque (si pèlerinage à la Mecque)

2-Ordonnance de départ

Micropur®
Immodium®
Quinine per os (en cas de suspicion d'accès palustré)
Chimioprophylaxie anti-palu :

Zone	Chimioprophylaxie	Doses	Durée
Asie du Sud-Est	Doxycycline	1 cp/j	Jour du départ à 4 sem après le retour
1	Nivaquine®		
2	Savarine®		
3	Lariam®	1 cp/s	1 sem avant le départ à 3 sem après le retour

***NB :** Femme enceinte*
1-Expliquer les risques, repousser le voyage
2-Le Lariam® a obtenu l'AMM
3-CI à la Vibramycine® : macrolide

3-Conseils avant de partir
(Le <u>péril</u> du <u>palu</u> est le <u>pied</u> <u>sexuel</u> de l'<u>autre</u> <u>chien</u>)

<u>Péril</u> fécal	-**Eau :** bouteille, bouillie, pas de glaçon, désinfectée (Micropur®) -**Alimentation** : bien cuire la viande, peler les fruits, laver les Légumes, pas de fruits de mer -**Hygiène :** laver ses mains
<u>Palu</u>disme	-**Moustiquaire** -**Insecticides** -**Répulsif** à base de pyréthinoïdes -**Vêtements** longs -Bien prendre la chimioprophylaxie -**En cas de doute : quinine et consulter**
<u>Pied</u> (nu ou dans l'eau)	-**Pas de baignade en eau douce** -**Ne pas marcher pieds** nus
<u>Sexe</u>	-**Rapports protégés** contre MST
<u>Autres</u>	-Assurance -Protection contre le soleil -Trousse de sécurité
<u>Chien</u>	-Eviter le contact avec les **animaux errants**

PALUDISME GRAVE

Mise en condition : réa, scope, sonde urinaire ; LVAS, oxygénothérapie
Traitement étiologique : quinine : 25 mg/kg/j, IVSE dans du G5%
Traitement symptomatique : antipyrétique ; anticonvulsivant ; nursing, anti-H2 ; CI formelle : corticoïdes et anticoagulants
Déclaration obligatoire
Surveillance: diurèse, neuro ; frottis sanguin, goutte épaisse, hémostase (CIVD) ; quininémie (6 à 12 mg/L), gly, ECG
Education/traitement préventif

1-Mise en condition

Urgence
Hospitalisation en **réa, scope, sonde urinaire**
LVAS, oxygénothérapie, (intubation, ventilation assistée)
1 vvp, rééquilibration hydro-électrolytique

2-Traitement étiologique

Quinine : 25 mg/kg/j, IVSE dans du G5%
Après gly. et ECG
Relais per os après 48 h d'apyrexie
Durée totale de 7 j

3-Traitement symptomatique

Antipyrétique
Anticonvulsivant
Nursing, anti-H2
EER si anurie
Transfusion CG (isoGp, isoRh) si anémie sévère ± angor (discuté)
CI formelle : corticoïdes et anticoagulants

4-Déclaration obligatoire

5-Surveillance clinique et paraclinique du traitement

Efficacité : pouls, TA, T°, conscience, **diurèse, neuro,** mollets **frottis sanguin, goutte épaisse, hémostase (CIVD)**
Tolérance : **quininémie (6 à 12 mg/L), gly,** scope/ECG

6-Education/traitement préventif

FIEVRE TYPHOIDE

Isolement ; mesures d'hygiène
Antibiothérapie : ofloxacine (Oflocet®), per os, 10 j ; contraception
Repos, régime sans résidu, K+ ; prophylaxie anti-palu à continuer
Déclaration obligatoire
Recherche de porteur de germes dans l'entourage
Surveillance: conscience, hydratation ; copro, hémoc
Traitement préventif : vaccination

1-Mise en condition
- Urgence
- Hospitalisation, **isolement**
- **Mesures d'hygiène**
  - Thermomètre, bassin, vaisselle, individuels
  - Désinfection du linge à l'eau de Javel
  - Gants et lavages des mains pour le personnel

2-Traitement étiologique : antibiothérapie
- A concentration lymphatique élevée
- Fluoroquinolone : **ofloxacine (Oflocet®)**
- **Per os** (200 mg-2 cp/j)
- **10 j**
- **Contraception** chez une femme en âge de procréer

3-Traitement symptomatique
- **Repos** au lit
- **Régime sans résidu**
- Rééquilibration hydro-électrolytique **(K+)**
- Antalgique non antipyrétique
- **prophylaxie anti-palu à continuer**

4-Déclaration obligatoire

5-Recherche de porteur de germes dans l'entourage

6-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement :
- Clinique : pouls, TA, T°, **conscience,** diurèse, **hydratation,** TR, neuro
- Paraclinique : **copro, hémoc,** NFS, VS, iono, ECG

7-Traitement préventif
- Education
- Hygiène
- **Vaccination**
- Vérifier l'absence de portage du patient à distance

AMIBIASE / HYDATIDOSE / OXYURIOSE

AMIBIASE :
Curatif : Flagyl® 1 sem ; Intétrix® 2 sem ; EPS ; si échec : drainage
Préventif : péril fécal
HYDATIDOSE :
Curatif : chirurgical : kystectomie ; médical : Zentel®
Préventif : élimination ; vermifugation
OXYURIOSE :
Curatif : Fluvermal® (1 cp à J0, 1 cp à J21) ; laver les mains, couper les ongles ; traiter la famille
Préventif : laver les mains, couper les ongles

Germes	Traitement curatif	Traitement préventif
Amibiase	1-**Flagyl® 1 sem** (amœbicide diffusible) 2-**Intétrix® 2 sem** (amœbicide de contact) 3-**EPS** à la fin du traitement 4-Si **échec : drainage** ou chirurgie (si complications : chirurgie)	Lutte contre le **péril fécal**
Hydatidose	1-**Chirurgical : kystectomie** respectant les parois (ou : sous écho/ponction/aspiration/injection d'éthanol/réaspiration) 2-**Médical : Zentel®**	1-**Elimination** de chiens errants 2-**Vermifugation** des chiens
Oxyuriose	1-**Fluvermal® (1 cp à J0, 1 cp à J21)** 2-**Laver les mains, couper les ongles,** laver vêtements en machine 3-traiter la **famille**	1-Laver les **mains,** couper les **ongles** 2-**Traiter** les cas et leurs familles

VACCINATIONS

<u>TYPE</u> :
Bactériens : tétanique, diphtérique ; coqueluche entier ; HIB ; vaccins bact. vivants : BCG
Viraux : polio orale, ROR ; grippe, hépatite B, polio injectable
<u>GENERALITES</u> :
Obligatoires en France
CI chez l'ID
Effets secondaires possibles : fièvre, convulsions
Indiqués spécifiquement : grippe, hépatite B
Anti-amarile : 10 j avant le départ
Hépatite B
<u>CALENDRIER VACCINAL</u> :
1er mois : BCG
2ème 3ème 4ème mois, rappel à 1 an : DTPolio, Coq, HI B, Hép B
1 an : ROR
> 70 ans : grippe

1-Type

Bactériens	Viraux
1-Anatoxines : **-Tétanique** **-Diphtérique** 2-Vaccins bact. inertes complets : **-Coqueluche entier** -Choléra -Leptospirose 3-Vaccins bact. inertes polysaccharidiques : -Méningocoque -Pneumocoque -Typhoïde **-HIB** 4-**Vaccins bact. vivants :** **-BCG** 5-Autre : -Coqueluche acellulaire	1-Atténué : **-Polio orale** **-ROR** -Varicelle -Fièvre jaune 2-Inertes : **-Grippe** **-Hépatite B** -Rage **-Polio injectable**

2-Généralités

Obligatoires en France	-BCG -DTP	
CI chez l'ID	-BCG -Polio -Anti-amarile	
Effets secondaires possibles	-Mineurs : point d'injection, **fièvre,** éruption, arthralgies, adénite, sd méningé, **convulsions** (coq, rougeole) -Majeurs : choc anaphylactique, sd des cris persistants, infection si ID	
Indiqués spécifiquement	Pneumocoque	Drépanocytaire, splénectomisé
	Grippe	> 70 ans, drépanocytaire, insuffisance viscérale
	Hépatite B	Santé, toxico, dyalisé, risque sexuel
	Anti-amarile	Voyage
	Typhoïde	Voyage, militaires, labos
Anti-amarile	-Centre agréé, obligatoire pour certains pays -1 injection, valable pour 10 ans **-10 j avant le départ** -Effet secondaire : fièvre	
Hépatite B	-3 IM à 1 mois d'intervalle -Rappel à 1 an	

3-Calendrier vaccinal

1er mois	**-BCG**
2ème 3ème 4ème mois Rappel à 1 an	**-DTPolio** (rappel à 6, 11, 16 et 21 ans) **-Coq** (rappel à 6 ans) **-HI B** **-Hép B** (2 inj à 1 M d'intervalle, rappel dans l'année)
1 an	**-ROR** (rappel à 2 ans)
Adulte	-T Polio/10 ans -Hép B (exposés) -Rubéole sous contraception (femme en âge de procréer non vaccinée et non immunisée) -Si voyage (cf.)
> 70 ans	**-Gripp e**

ANTIBIOTIQUES

<u>BASES :</u>

CMI : sensibilité : Atb bactériostatique : sensible : CMI < (C sg) ; (<u>t'es</u> <u>ma</u> <u>fée</u> <u>su</u> <u>zie</u> <u>fut</u>)

CMB : bactéricidie : Atb bactéricide : bactéricide si CMB ~ CMI temps dépendant ; concentration dépendante ; (vralf)

<u>MECANISME D'ACTION :</u>

β-lactamase ; mutation de la PLP

<u>ANTIBIOTIQUES ET CLINIQUE :</u>

Atb CI pendant la grossesse (<u>tes</u> <u>amis</u> <u>qui</u> <u>sou</u>lent <u>Nicole</u>) : tétracycline (<u>tes</u>), aminoside (<u>amis</u>) sauf nécessité, quinolone (<u>qui</u>), sulfamide (<u>sou</u>lent) sauf toxo., phénicolé (<u>Nicole</u>)

Atb néphrotoxiques : aminoside, glycopeptide

Tiroir dossier : après les prélèvements, en urgence, sans attendre les résultats, probabiliste secondairement adaptée à l'antibiogramme, bactéricide, voie IV, double ±, synergique ±, en l'absence de contre-indications, à bonne diffusion…, durée…, relais per os ±, avec surveillance (pic sérique et concentration résiduelle)

1-Bases

CMI : Sensibilité : Atb bactériostatique	→ CMI : Concentration minimale inhibitrice de la croissance bactérienne in vitro
	→ Sensibilité : -**Sensible : CMI < (C sg)** -Sensibilité intermédiaire : CMI ~ (C sg) -Résistant : CMI > (C sg)
	→ Atb bactériostatique : (**<u>t'es</u> <u>ma</u> <u>fée</u> <u>su</u> <u>zie</u> <u>fut</u>**) -Tétracycline <u>(t'es)</u> -Macrolide <u>(ma)</u> -Phénicolé <u>(fée)</u> -Sulfamide <u>(su)</u> -Synergistine <u>(zie)</u> -Fucidine® <u>(fut)</u>
CMB : Bactéricidie : Atb bactéricide	→ CMB : Concentration médicale bactéricide avec un nombre de survivants inférieur ou égal à 0,01% de l'inoculum bactérien de départ
	→ **Bactéricide si CMB ~ CMI** -**Temps dépendant :** βlactamines, glycopeptides, FQ Staphylocoque -**Concentration dépendante :** Aminoside, FQ BG-
	→ Atb bactéricide : **(vralf)** -Vancomycine -Rifampicine -Aminosides -β-lactamines -FQ
Dosage Test	→ Efficacité : -CMI (bactériostase) -CMB (bactéricidie) -PBS (bactéricidie) -Pic sérique (aminoside) -Concentration résiduelle (glycopeptide) → Tolérance : -Concentration résiduelle (aminoside)

(C sg) : concentration sanguine de l'Atb à posologie normale

2-Mécanisme d'action

Mécanisme d'action des Atb	→ Inhibition : -Synthèse paroi nactérienne -Synthèse acide folique -Dihydrofolate réductase -DNA bactérien -Transcription -Traduction
Résistance aux β-lactamines	→ Acquise, **β-lactamase** (: E. coli) → Acquise, **mutation de la PLP** (: Pneumocoque) → Résistance constitutionnelle (: Staph Méti-R)

3-Antibiotiques et clinique

Atb CI pendant la grossesse **(tes amis qui soulent Nicole)**	**-Tétracycline (tes)** **-Aminoside (amis) sauf nécessité** **-Quinolone (qui)** **-Sulfamide (soulent) sauf toxo.** **-Phénicolé (Nicole)**
Atb néphrotoxiques	**-Aminoside** **-Glycopeptide**
Tiroir dossier	**-Après les prélèvements** **-En urgence, sans attendre les résultats** **-Probabiliste secondairement adaptée à l'antibiogramme** **-Bactéricide** **-Voie IV** **-Double ±** **-Synergique ±** **-En l'absence de contre-indications** **-A bonne diffusion…** **-Durée…** **-Relais per os ±** **-Avec surveillance (pic sérique et concentration résiduelle)**